

UNIVERSITAT
JAUME•I

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Aproximación inicial a las actitudes del profesional sanitario hacia la diversidad sexual

Autora:

Rosa María Camáñez Mont

Director:

Pedro Salmerón Sánchez

Aproximación inicial a las actitudes del profesional sanitario hacia la diversidad sexual.

Rosa M^a Camáñez – Pedro Salmerón
Universitat Jaume I

Resumen: La libertad sexual y la igualdad de género a menudo han estado sujetas a actitudes y comportamientos negativos en distintos momentos de la historia. En la actualidad, los prejuicios sexuales son todavía una realidad muy presente en distintas regiones del mundo (Herek, 2015). También en Occidente, donde los prejuicios sexuales, raciales y de género tienden a manifestarse de una forma moderna, más sutil y menos evidente (Frías, 2006; Quiles, 2003). Con el objetivo de examinar estas actitudes en los profesionales sanitarios, administramos tres cuestionarios sobre prejuicio sexual e igualdad de género a una población de médicos/as, enfermeros/as y psicólogos/as (n=290) en su mayoría españoles. Los resultados muestran actitudes generalmente abiertas y favorables hacia la diversidad sexual en población sanitaria, aunque con diferencias estadísticamente significativas entre los participantes en función de variables personales como el sexo, la edad, la profesión, las creencias políticas y religiosas y la orientación sexual. Los resultados se discuten en relación a la teoría del conflicto con el rol de género (O'Neil, 2008), el fundamentalismo religioso (Mc. Dermott, 2014) y las creencias autoritarias (Stefurak, 2010).

Abstract: Sexual freedom and gender equality are often subject to negative attitudes and behaviours throughout history. Nowadays, sexual prejudice is still a reality in different regions in the world (Herek, 2015). This also happens in Western countries, where sexual, gender and racial prejudices are more modern, more subtle and less obvious (Frías, 2006; Quiles, 2003). With the purpose of examining these attitudes among the healthcare professionals, three different surveys about sexual prejudice and gender equality have been provided to doctors, nurses and psychologists (n=290), most of them being Spanish. The results show open minded and favorable attitudes towards sexual diversity among the healthcare professional, although there are statistically significant differences among the participants depending on different variables like gender, age, profession, political and religious beliefs, and sexual orientation. The results are being discussed in relation to the theory of conflict with the gender role (O'Neil, 2008), the religious fundamentalism (Mc. Dermott, 2014) and the authoritarian ideologies (Stefurak, 2010).

Introducción. La diversidad sexual es un concepto que hace referencia a la variedad y la complejidad de la sexualidad humana en aspectos como la orientación sexual, la identidad sexual y de género. Entendemos la orientación sexual como la tendencia a dirigir los deseos sexuales, eróticos, afectivos y/o amorosos hacia una o varias personas que poseen ciertas características (American Psychological Association, 2016).

Tradicionalmente, autores como Freud (1920) o Storm (1980) han propuesto diversas formas de clasificar la orientación sexual, coincidiendo en términos como el de *heterosexualidad* (sentimiento de atracción por alguien de distinto sexo al de uno mismo), *homosexualidad* (atracción por alguien del mismo sexo) y *bisexualidad* (atracción por personas de ambos sexos), aunque modelos dimensionales como el de Kinsey (1948) o Klein (1985) apuestan por una imagen de la orientación sexual humana más abierta y diversa, que no implique categorizarse como heterosexual, homosexual o bisexual en todos los casos y todo el tiempo.

De esta forma, Kinsey propone la *escala Kinsey* (1948), junto a sus colaboradores Pomeroy y Martin. En su *Informe Kinsey*, el autor sugiere que en lugar de utilizar tres únicas categorías para definirse (heterosexual, homosexual o bisexual), resulta más ajustado a la realidad, la utilización de siete posibles grados en los que situarse en función de si el individuo se siente atraído exclusiva, predominante, puntual o indistintamente por uno o ambos sexos.

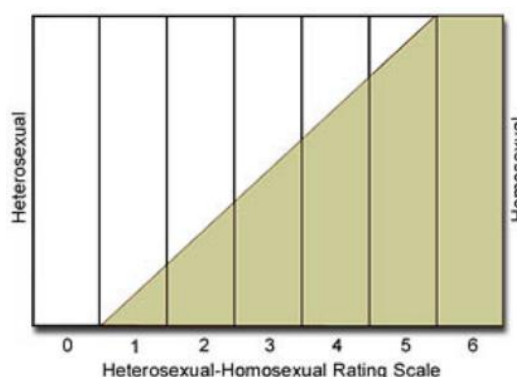


Figura 1. Escala Kinsey.

Estos grados abarcan desde la heterosexualidad exclusiva (grado 0) a la homosexualidad exclusiva (grado 6), entre los que aparecen múltiples grados de variación de la respuesta bisexual (grado 1-predominantemente heterosexual, sólo puntualmente homosexual; 2-preferentemente heterosexual, pero esporádicamente homosexual; 3-bisexual; 4-preferentemente homosexual, pero esporádicamente heterosexual; 5-predominantemente homosexual, sólo puntualmente heterosexual) (ver Figura 1).

Esta forma de entender la orientación sexual como un ámbito más amplio y diverso que las tres categorías tradicionales, parte de los estudios que Kinsey llevó a cabo entre 1948 y 1953, que culminaron con las obras *Comportamiento sexual del hombre*, *Comportamiento sexual de la mujer* e *Informe Kinsey*, en los que tras más de veinte mil entrevistas a hombres y mujeres, Kinsey concluye que un porcentaje importante de hombres y algo menor de mujeres que participaron en su estudio, podían situarse entre los grados de 1 a 5 de variación de la respuesta bisexual. A pesar de las críticas que sus estudios recibieron por parte de la Asociación Estadounidense de Estadística, la escala Kinsey continúa utilizándose hoy en día.

Por su parte, Klein (1985) también entiende que la orientación sexual es algo amplio y diverso que se configura en base a múltiples dimensiones (atracción, comportamiento sexual, fantasías sexuales, preferencia emocional, preferencia social, estilo de vida e identificación consigo mismo) que además, pueden no entenderse o valorarse del mismo modo en el pasado y el presente. Actualmente, numerosos estudios siguen esta línea y sugieren que la orientación sexual se configura como un espectro diverso en el que las personas pueden orientar sus deseos sexuales, eróticos o afectivos preferentemente hacia un único grupo de personas (monosexuales: hetero y homosexuales), hacia varios grupos de personas (plurisexuales: bisexuales, pansexuales, queer, fluid, etc.) o hacia ninguno (asexuales) (Bogaert, 2015; Callis, 2014; Galupo, Mitchell y Davis, 2015; Gonen, 2013; Przybylo, 2013; Ross, Daneback y Mansson, 2012; Savin-Williams, 2014).

Al igual que ocurre con la orientación sexual, otros conceptos que forman parte de la sexualidad humana implican diversidad y complejidad. Es el caso de la identidad sexual y la identidad de género, cuya diferenciación fue evidente por primera vez para Stoller (1964). Generalmente, entendemos la identidad sexual como el juicio psicológico de saberse hombre o mujer en función de la anatomía biológica (American Psychological Association, 2016; Blake 2011; Stoller 1964). Sin embargo, el sexo biológico que se posee (cromosómico, gonadal, genital, hormonal, etc.), no siempre coincide con el que típicamente se asigna para las categorías “hombre” o “mujer”, algo que ocurre con las personas intersexo (Escabí y Toro, 2006; Gregori, 2006).

Por otra parte, tradicionalmente entendemos la identidad de género como el sentimiento íntimo o la certeza interior de ser hombre o mujer, en base a un sistema simbólico masculino/femenino que se construye socialmente. Este sistema simbólico dualista es el conjunto de significados o asignaciones que los sexos asumen como propios (masculinos/femeninos) en una sociedad dada, en un tiempo histórico determinado (Blake, 2011).

Los significados o asignaciones a cada género (masculino/femenino) que realiza este sistema simbólico, dependen de los roles de género (comportamientos y papeles que cada sociedad considera propios o deseables para el hombre y la mujer) y de los estereotipos de género (características físicas y psicológicas que cada sociedad atribuye al hombre y a la mujer por el hecho de ser hombres o mujeres), los cuales pueden influir en el desarrollo personal, social y vocacional futuros (Eagly, Wood y Johannesen-Schmidt, 2004; Graef, Tokar y Kaut, 2010; Heilman, Wallen, Fuchs y Tamkins, 2004; McCusker y Galupo, 2011; Nash y Marre, 2003; Rodríguez, Torío y Fernández, 2006; Rudman y Phelan, 2010).

Estos estereotipos y roles de género se aprenden desde la infancia mediante la socialización e interacción con otros adultos y niños y la exposición a otros agentes socializadores, como el cine, la televisión, la publicidad, las letras y videoclips musicales, las revistas, Internet y los videojuegos (Dill y Thill, 2007; Kim y Ward, 2012; Kistler y Lee, 2009; Martino, Collins, Elliott, Strachman, Kanouse y Berry, 2006; Miller y Harrison, 2008; Pardun, L'Engle, y Brown, 2005; Taylor, 2005; ter Bogt, Engels, Bogers y Kloosterman, 2010; Ward, 2003; Ward y Friedman, 2006; Zhang, Peter y Valkenburg, 2008).

Así pues, el contenido de los roles y estereotipos de género depende de los valores culturales (Norton, Cuddy, Glick, Crotty y Chong, 2015). Tradicionalmente, la cultura occidental ha sustentado el modelo de género dualista a partir de roles y estereotipos de género como: masculino equivale a racionalidad, dominio, valentía, baja afectividad, fuerza, agresividad, aptitudes para la ciencia, placer por el riesgo, autocontrol, etc. y femenino equivale a irracionalidad, pasividad, sumisión, dependencia, alta afectividad, debilidad, ternura e intuición (Brotons, 1997; Levinson, 1986).

La simbolización cultural de los géneros en base a las diferencias sexuales o anatómicas que se produce en el modelo dualista, genera un conjunto de ideas, prácticas, discursos y representaciones sociales que influyen y condicionan la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. Así pues, mediante el proceso de constitución del género, la cultura fabrica ideas sobre cómo deben ser los hombres y las mujeres (Lamas, 2016).

El género atribuye características "femeninas" y "masculinas" a las distintas esferas y roles de la vida, generalizando a todos los miembros de la sociedad una determinada identidad que sólo se corresponde con algunos, de manera que acaba produciéndose un heterosexismo normativo (Blake, 2011) que excluye precisamente la realidad de la diversidad. Otros modelos más actuales en cuanto a formas alternativas de entender y expresar la identidad de género, como la *teoría interseccional feminista*, entienden que es posible encontrar múltiples identidades cruzadas en un mismo individuo, algo que comprobaron Callis (2014) y Galupo, Mitchell y Davis (2015) en sus investigaciones. Así mismo, la *teoría queer* defiende la ruptura de un sistema social basado en clasificaciones y construcciones sociales de géneros, roles y orientaciones sexuales, reclamando el derecho a la disidencia sexual sin etiquetas (Fonseca y Quintero, 2009).

Al mismo tiempo, el modelo dualista (masculino/femenino) no siempre es compartido por otras sociedades, pues hay culturas con más de dos géneros (Bergero, Asiain, Gorneman, Giraldo, Lara, et al., 2008) y otras que producen sus formas particulares de género (Gilley, 2006; Guash, 2008). Algunos ejemplos de estas identidades los podemos encontrar en las hijra, un tercer género intermedio entre el masculino y el femenino con el que se identifican algunos hombres, mujeres y personas intersexuales de la India y Pakistán (Nanda, 1994). También los fa'afafine de Samoa y los muxes de la población zapoteca de México son géneros particulares propios de estas culturas, en las que los roles típicamente masculinos y femeninos se entremezclan.

A lo largo de la historia, las actitudes que se han generado hacia la diversidad sexual han sido muy variadas en función de la época histórica y del punto geográfico examinado (Michaud, Tin, Redburn, Matherns, 2008).

Las primeras referencias históricas hacia prácticas homosexuales masculinas se encuentran en la Antigua Mesopotamia (3000 a.C), en las civilizaciones sumeria y acadia. Una de las colecciones de tablillas que pertenecen a esta época, la llamada “*si una ciudad está ubicada sobre una altura*”, contiene ciento siete tabletas sobre presagios relacionados con la vida del hombre y sus actividades. La tableta número ciento cuatro, narra específicamente los presagios que puede esperar un hombre a partir de su actividad sexual, según la cual se deduce que las prácticas homosexuales masculinas eran consideradas algo normalizado, si bien no se mencionan las femeninas y se realizan múltiples referencias a la “*pérdida de la virilidad*” en distintas situaciones heterosexuales y homosexuales en las que el hombre ejerce un papel pasivo. Ese papel pasivo sí implicaría un presagio negativo para el hombre (al contrario que para la mujer, a quien se le exige este papel pasivo). Además se menciona la importante figura del *assinu*, sacerdote y artista masculino que en ocasiones se prostituye o realiza prácticas homosexuales durante las ceremonias, siendo respetado como institución, pero no siempre como persona, ya que la prostitución, tanto masculina como femenina (las harimtu) no estaba bien considerada (Pangas, 1988).

Algo similar ocurre durante la Antigua Grecia (1200 a. C.-146 a. C.). Las prácticas homosexuales masculinas estaban bien consideradas y existen diferentes relatos que narran las relaciones amorosas entre héroes o dioses (Alejandro Magno y Hefestión, Zeus y Ganimedes, Apolo y Jacinto, Aquiles y Patroclo, etc.). Igualmente, eran frecuentes las relaciones sexuales entre los maestros adultos y los efebos (alumnos adolescentes). Sin embargo, la sexualidad también estaba marcada por roles sociales definidos para cada sexo y para cada categoría social, que de ser trasgredidos, exponían a los afectados al ridículo y a la burla. Un ejemplo de ello lo encontramos en la obra “*Las Tesmoforiantes*” de Aristófanes, donde el autor ridiculiza al poeta Agatón por considerar que realiza actos propios de las mujeres, ya que Agatón mantenía un rol pasivo durante sus relaciones sexuales, algo que la sociedad griega entiende que el efebo debe abandonar al convertirse en adulto. Desde esta estructura de funcionamiento, el hombre adulto y el maestro habían de ejercer roles activos, mientras que las mujeres y los efebos debían mantener roles pasivos. Respecto a las prácticas homosexuales femeninas, existe un relativo silencio al respecto en las obras antiguas, algo que parece concordar con el escaso valor que tenía la mujer dentro de la sociedad griega (Holland, 2006). Entre las pocas referencias que tratan esta temática destacan los escritos de la poetisa Safo, quien narra el amor y el deseo entre mujeres (650 a.C), así como la obra “*El banquete*”, donde Platón opina brevemente sobre la homosexualidad femenina haciéndolo sin condena ni juicio (Boehringer y Brisson, 2008).

Durante la civilización romana, las actitudes hacia la diversidad sexual variaron considerablemente de un periodo histórico a otro. Tras la fundación de la ciudad de Roma en el año 753 a.C, se dio paso a un primer periodo de monarquía romana (753 a.C al 509 a.C) que terminó con la expulsión del último rey, Tarquinio el soberbio. Fue durante el segundo periodo, en la República romana (509 a.C a 27 a.C), cuando se aprobó la *Lex Scantinia* (149 a.C), la cual regulaba el comportamiento sexual de los ciudadanos romanos, persiguiendo formalmente la pederastia, el adulterio y determinadas prácticas sexuales entre varones libres, como la sodomía. Si bien esta ley penaba al hombre libre que ejerciera un papel pasivo durante el sexo anal, no lo hacía si el hombre en cuestión era esclavo y su dueño lo requería. Tampoco afectaba a cualquier hombre libre que practicara sexo anal con otros varones asumiendo un rol activo (Ryan, 1994).

En general, las prácticas sexuales entre varones fueron plenamente aceptadas de nuevo durante buena parte del Imperio Romano (desde 27 a.C a 380 d.C), pues estas relaciones fueron alabadas en las obras de Cátulo, Horacio, Virgilio y Ovidio (Fuentes, Carceles, Andres, Clúa, Aliaga, et. al, 1999) y once de los doce primeros emperadores romanos tuvieron amantes masculinos (Gibbon, 1776), al igual que otros emperadores posteriores como Trajano, Adriano o Heliogábalo, según los historiadores romanos Dion Casio y Suetonio. En cambio, las prácticas homosexuales femeninas cuentan con escasas referencias romanas en las obras antiguas. Dos ejemplos de ello son “*Las metamorfosis*” de Ovidio (donde el poeta niega que las relaciones lésbicas existan) y el poema nº 90, capítulo uno del doceavo libro *Epigrammaton* de Marcial (donde el escritor se posiciona en contra del sexo lésbico).

Con el auge del cristianismo (324 d.C), la aceptación social de las prácticas homosexuales va declinando durante el mandato de Constantino I, hasta que finalmente, la homosexualidad fue totalmente prohibida en la etapa cristiana del Imperio Romano (380-476 d.C), pues en el 390 d.C el emperador Teodosio I proclamó por decreto imperial que estas relaciones se castigaran con la pena de muerte en la hoguera (Hyamson, 1913).

Tras la caída del Imperio Romano de Occidente (476 d.C) y con el inicio de la Alta Edad Media (s.V-s.X), la legislación romana dejó de aplicarse en las regiones occidentales y se impuso el corpus legislativo propio de los pueblos germánicos. A pesar de que el cristianismo se extendía por Europa y consideraba las prácticas homosexuales como un pecado contra natura (epístola a los romanos 1:24-27 de San Pablo, primera epístola a los corintios 6:9-10 de San Pablo o *Confesiones* de San Agustín), no se tiene constancia de que la legislación germana censurara las relaciones homosexuales, a excepción de una ley promulgada en la península ibérica por el rey visigodo Chindasvinto (642d.C-653d.C), quien castigaba estas conductas con la castración (Benito, 2006).

Cuando entre los años 711 d.C y 725 d.C se produjo la conquista musulmana de los reinos visigodos en la península ibérica, la ley del rey Chindasvinto dejó de estar vigente, ya que durante la época islámica (711 d.C-1492 d.C), este territorio mantuvo una cierta tolerancia hacia las relaciones homosexuales masculinas (Benito, 2006). Si bien los primeros textos islámicos se interpretan como contrarios a la homosexualidad y rechazan prácticas como la sodomía (Corán 7:80-84 o Corán 11:77-79), durante este periodo medieval no se tiene constancia de que se legislara en contra de las prácticas homosexuales, pues fue bien conocida la relación de Al-Mu'tamid (rey de la Taifa de Sevilla en el s.XI) con el poeta Ibn Ammar y la expansión de la pintura, la poesía y la literatura islámicas que trataron la temática erótica y homoerótica. Es el caso de obras como *Las Mil y una noches* (aprox. 850 d.C), *El collar de la paloma* de Ibn Hazm (s.XI) o *Esparcimiento de corazones* de Al-Tifasi (s. XIII).

Durante esta etapa se inició un progresivo internamiento de las mujeres en el ámbito doméstico, pues aunque se les reconocía una serie de derechos únicos para esta época histórica (Corán 2:233, Corán 4:7, Corán 4:32, o Corán 24:4), los primeros textos islámicos también revelaron una importante discriminación hacia el género femenino (Corán 2:223, Corán 2:228 o Corán 4:34).

Entre los siglos X y XII se vivió en la Europa cristiana un cierto clima de tolerancia hacia la diversidad sexual, sin embargo en el siglo XIII, se consolidan los poderes civiles y eclesiásticos creando una legislación estricta que abarca todos los ámbitos de la vida cotidiana, por lo que colectivos como musulmanes, judíos, homosexuales, etc. se convierten en grupos minoritarios que empiezan a ser excluidos de la sociedad (Benito, 2006). Durante este tiempo, distintas autoridades relacionan las prácticas homosexuales con la herejía, tal y como lo hizo la Inquisición medieval francesa en 1184. Es el caso del emperador Federico II de Hohenstaufen en *Constituciones de Melfi* o de Alfonso X, rey de Castilla (1252-1284) en *Siete Partidas*, quienes consideraban la homosexualidad como un acto contra natura.

Así pues, de forma paralela al movimiento renacentista (s.XV-s.XVI), en los siglos siguientes se inició una sangrienta persecución de las personas homosexuales que duró hasta finales de la Edad Moderna (s.XV-s.XVIII). En España, los Reyes Católicos Isabel y Fernando fundaron la Inquisición española en 1478 para mantener la ortodoxia católica en todos sus reinos, lo que implicó la persecución de judíos, moriscos, brujas y homosexuales, siendo condenados estos últimos por el crimen de sodomía en la Corona de Aragón (Kamen, 2004).

En Venecia y Florencia, durante los siglos XV y XVI, autoridades civiles como los *Ufficiali di Notte* condenaban a los varones homosexuales con penas de multa, castración o muerte en la hoguera (Crompton, 2006).

En Inglaterra se estableció la primera ley gubernamental contra la sodomía, la *Buggery act* de 1533, durante el reinado de Enrique VIII. Esta ley se extendió por las colonias inglesas y sirvió de base para las distintas legislaciones contra el sexo anal que se han mantenido vigentes en algunos países de África, Asia y América hasta el siglo XXI.

Durante los siglos XVII y XVIII de la Edad Moderna, las prácticas homosexuales recibieron una especial reacción violenta de los estados europeos, pues se registraron los primeros focos modernos de subcultura homosexual en grandes ciudades como Londres, París o Ámsterdam, y los gobernantes trataron de neutralizarlos ejecutando a las personas homosexuales (Wikholm, 1999). Tras la *masacre de Ámsterdam* de 1730, la población comenzó a extender la idea de que las relaciones entre personas del mismo sexo no eran vicios o lujuria, sino que se trataba de las preferencias sexuales particulares de un grupo de personas (Wikholm, 1999).

Décadas después, gracias a los principios filosóficos de la Ilustración y a su espíritu de libertad, la Revolución Francesa (1789-1799) logró en 1791 la abolición de los delitos de brujería, herejía y sodomía en Francia. Con el golpe de estado de Napoleón, su acceso al poder y sus posteriores conquistas europeas, la influencia cultural francesa se extiende por el viejo continente, creando una Europa compuesta por países, en su mayoría católicos, que se inspiran en el código napoleónico y ya no consideran las relaciones homosexuales consentidas entre adultos como un delito. Es el caso de España (omite el delito por sodomía del código penal en 1822 y se desarticula la Inquisición en 1834), Bélgica, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Baviera y varios territorios de la futura Italia, además de Francia.

Sin embargo, para el resto de países europeos, en su mayoría cristianos protestantes, la homosexualidad seguía siendo un delito. Esta disparidad legal estimuló un activismo incipiente que presionaba para cambiar la legislación en los países europeos que aún condenaban la homosexualidad, reivindicando que la diversidad sexual no era algo contra natura, ni una forma de moral corrupta. Así, comenzaron a escucharse las voces de los primeros defensores del movimiento LGTB (Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales). Es el caso del escritor suizo Heinrich Hoessli con su obra *Eros* (1836), del alemán Karl Heinrich Ulrichs (1825-1895), del escritor británico Edward Carpenter (1844-1929) y del escritor austro-húngaro Karl Maria Kertbeny (1824-1882), quien acuñó el término *homosexualidad*.

En este momento, también aumentó el interés de la comunidad científica y de los profesionales sanitarios por estudiar la sexualidad, pues se planteaban distintas hipótesis acerca del origen y la concepción de la homosexualidad y la bisexualidad. Richard von Krafft-Ebing, un influyente psiquiatra alemán, manifestó en su tratado *Psychopathia Sexualis* (1886), que el objetivo del deseo sexual era la procreación, por lo que la homosexualidad podía considerarse como una perversión o un desvío sexual anormal, así como el fetichismo, el sadismo, el masoquismo o la existencia de deseo sexual en la infancia o la vejez. Por el contrario, el médico y sexólogo alemán Magnus Hirschfeld, desarrolló la teoría del *tercer sexo*, publicó el panfleto *Safo y Sócrates* (1896) defendiendo la naturalidad de la homosexualidad como opción sexual y fundó el *Comité Científico Humanitario* (1897) para la defensa de los derechos de las personas homosexuales y transexuales y la eliminación del artículo 175 del código penal alemán, que condenaba la homosexualidad masculina.

A pesar de todos los avances que el movimiento LGTB logró en Alemania durante la República de Weimar (1918-1933) tras la I Guerra Mundial, el artículo 175 del código alemán no fue abolido y con el ascenso al poder del partido nazi y del dictador Adolf Hitler (1934-1945), el código alemán se endureció. Los hombres homosexuales fueron arrestados, encarcelados, asesinados o internados en campos de concentración, donde se les marcó con un triángulo rosa invertido en la frente (Bastian, 2000). También se registró la presencia de mujeres homosexuales en los campos de concentración, aunque en menor número. Autores como Schoppmann (1996) explican este fenómeno en el hecho de que la homosexualidad femenina, si bien resultaba ofensiva para la Alemania nazi, no estaba condenada formalmente como la masculina, de manera que las mujeres que se hallaban en los campos de concentración, probablemente habían sido arrestadas por otros delitos relacionados con el feminismo, el judaísmo, etc. La *Holocaust Encyclopedia* (2016) añade que la persecución diferencial que tuvo la homosexualidad masculina respecto de la femenina, está relacionada con la aspiración nazi de generar tantos bebés *arios* como fuera posible, por lo que era necesario que todas las mujeres alemanas, independientemente de su sexualidad, sirvieran al estado cumpliendo su papel como esposas y madres.

De forma paralela al régimen nazi, la persecución contra las personas homosexuales también se dio en el régimen comunista de la Unión Soviética durante la dictadura de Iósif Stalin (1929-1953), pues la homosexualidad era considerada una debilidad propia de la decadencia moral y física de la burguesía. Por ello, el artículo 121 del código penal de la URSS (1934) castigaba las relaciones entre varones con penas de privación de la libertad de hasta cinco años en los campos de trabajos forzados o *gulags*, donde las condiciones y la brutalidad del trato a los prisioneros produjeron una enorme cantidad de muertes (Albertini, 2008).

Sigmund Freud (1856-1939), reconocido médico neurólogo austríaco y padre del psicoanálisis, se unió al interés general que tenía la comunidad científica en el estudio de la homosexualidad en el siglo XX, siendo sus aportaciones especialmente relevantes para las teorías de esta época. En su obra *Tres Ensayos de teoría sexual* (1905), Freud afirma que todos los individuos nacen con una disposición bisexual que se torna heterosexual cuando el desarrollo infantil se produce de forma normalizada, mientras que cuando existe alguna alteración o *inhibición* del desarrollo, el niño/a crece como homosexual. Si bien este autor menciona que la homosexualidad es una mera variante de la función sexual, carente de *perversión*, psicopatología o enfermedad (Freud, 1935, citado en Abelow, 2000, pp. 173-174), la ambigüedad de sus trabajos y su concepción de la homosexualidad como consecuencia de un desarrollo anormal, ha llevado a que el psicoanálisis posterior manifieste posturas contradictorias respecto a la homosexualidad.

Es el caso de determinados modelos psicodinámicos que relacionan patología y homosexualidad y determinadas terapias psicoanalíticas que apuestan por la conversión de la orientación sexual (Haldeman, 2002; Nicolosi, 1991), las cuales entran en contradicción con algunos de los trabajos de Freud, quien rechazó la concepción de homosexualidad como enfermedad y se mostró pesimista respecto a la posibilidad de cambiar cualquier orientación sexual mediante psicoanálisis.

La influencia de las teorías psicoanalíticas se observa en el lenguaje y el contenido de las ediciones I (1952) y II (1968) del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), las cuales incluyen la homosexualidad como enfermedad mental (Clegg, 2012). En esta segunda mitad del siglo XX, el debate científico sobre la consideración de la homosexualidad como trastorno mental se polariza y se acrecienta el interés de los investigadores en encontrar evidencias empíricas en un sentido u otro, gracias a la agitación de movimientos sociales que se rebelan contra la injusticia moral, social, política y legal que viven las personas homosexuales en determinados países de Europa (Greenberg, 1997).

La psicóloga estadounidense Evelyn Hooker (1957) publica su investigación “*The Adjustment of the Male Overt Homosexual*” afirmando que los varones homosexuales tienen la misma capacidad de adaptarse socialmente que los varones heterosexuales, defendiendo que la patología no se encuentra en la homosexualidad, sino en el funcionamiento de la sociedad (Greenberg, 1997). Igualmente, Marmor (1972) defiende que si existen sentimientos de inseguridad y autorechazo en las personas homosexuales, éstos no los produce la propia condición de ser homosexual, sino la convivencia con una cultura que condena su orientación. Estas posturas, sumadas a la idea de Kinsey, Pomeroy y Martin (1948) y de Ford y Beach (1951) de que la homosexualidad y la bisexualidad son simples variantes de una orientación sexual diversa, tuvieron el apoyo empírico necesario para que en 1973 se eliminara la homosexualidad del *DSM II*. Sin embargo, Greenberg (1997) y Haldeman (2002) opinan que estos avances, que a menudo se consideran un triunfo de la ciencia sobre los prejuicios sociales y religiosos y la opresión, no hubieran sido tales sin la influencia de un ambiente de agitación política y protestas sociales que pusieron en evidencia la *mala ciencia* de décadas anteriores.

Tras la eliminación de la homosexualidad del *DSM II* como patología mental (1973), la APA se opone a que las personas homosexuales y bisexuales sean consideradas pacientes mentales por su orientación sexual y publica el documento “*Resolución de Respuestas Terapéuticas Adecuadas hacia la Orientación Sexual*” (APA, 1998), orientado a los profesionales sanitarios, a quienes solicita que se abstengan de realizar prácticas discriminatorias en su trabajo y reconozcan las diferencias culturales, sexuales y el derecho a la libre autodeterminación. Este documento proporciona un marco teórico para todos los psicólogos con el objetivo de que orienten sus intervenciones hacia la resolución del malestar del cliente cuando éste expresa deseos de cambiar su orientación sexual, lo que implica evaluar y resolver las presiones internas y externas que la persona experimenta y los prejuicios que asocia a la homosexualidad y la bisexualidad, en lugar de intentar cambiar su orientación sexual (Haldeman, 2002).

La APA, en este mismo documento, se muestra contraria a todas las terapias de conversión de la orientación sexual, pues suponen una violación de la ética y son contrarias a las directrices profesionales, si bien afirma que no puede prohibir que haya personas que las ejerzan en contra de las recomendaciones sanitarias, ya que declara no ser un órgano legislativo y tener la obligación de respetar el derecho a la autodeterminación de aquellas personas que busquen estas prácticas, especialmente cuando experimenten conflictos entre su identidad religiosa y su orientación sexual (Haldeman, 2002).

Para Haldeman (2002) es relevante el hecho de que décadas después de la supresión de la homosexualidad como trastorno mental, sigan demandándose terapias para cambiar la orientación sexual y haya clínicos que las lleven a cabo, a pesar de no haberse demostrado eficaces (Haldeman, 1994, 1999; Stein, 1996), a pesar de existir estudios que las relacionen con secuelas negativas: depresión, disfunciones sexuales, baja autoestima, etc. (Haldeman, 2000) y a pesar de ir en contra de las recomendaciones de la APA (1998), pues ello indica que sigue existiendo rechazo en la sociedad occidental hacia la diversidad sexual y hacia las variantes de la orientación sexual no-heterosexual.

Quiles, Betancor, Rodríguez Torres, Rodríguez Pérez y Coello (2003) exploran este rechazo y lo relacionan con la evolución que ha sufrido el prejuicio racial y de género, pues para estos investigadores, en una sociedad moderna, globalizada y necesariamente plural que entiende como deseables los valores de tolerancia, igualdad y respeto a la diversidad, el *prejuicio explícito o manifiesto* contra inmigrantes, mujeres o miembros del colectivo LGTB es altamente condenable y suprimido por la mayoría de sus miembros, sin embargo, no ocurre así con los *prejuicios sutiles*, que mantienen actitudes racistas, sexistas u homo-bi-transfóbicas en individuos que se presentan a sí mismos como libres de racismo, sexismo u homo-bi-transfobia. Frías, Pascual, Monterde y Montejano (2006) también investigan esta tendencia a rechazar desde el prejuicio sutil, pues éste suaviza los signos de discriminación, tolera ciertos derechos sociales no reconocidos anteriormente, pero no acepta la normalización de la vida e igualdad de las personas LGTB.

Frías et al. (2006) y Blake (2011) relacionan la prevalencia de prejuicios sutiles hacia el colectivo LGTB con el *heterosexismo* que prevalece en la sociedad occidental, el cual se constituye como un sistema social de creencias donde la conducta heterosexual es moral, social, emocional y conductualmente superior a cualquier otro tipo de relación y destaca por su posición privilegiada. Este heterosexismo social, que privilegia la heterosexualidad como la expresión normal y natural de la orientación sexual, estigmatiza a las personas no-heterosexuales, facilitando que algunos individuos desarrollen *homofobia*, es decir, actitudes anti-homosexualidad que incluyen sentimientos y conductas de malestar, miedo, disgusto, odio o violencia hacia las personas homosexuales (Frías et al., 2006).

El término *homofobia* sin embargo, se ha popularizado entre la población durante las últimas décadas, por lo que a menudo implica asunciones personales e implícitas que oscurecen los distintos niveles del fenómeno del estigma sexual. Por ello, Herek (2015) recomienda a los investigadores utilizar expresiones más objetivas, ya que considera que el término *homofobia* no representa adecuadamente las actitudes y comportamientos negativos que se dirigen hacia las personas homosexuales, los cuales incluyen más frecuentemente la ira, el disgusto y la hostilidad que el miedo irracional, tal y como sugiere la terminación *-fobia*. Herek (2015) también evidencia que las personas que mantienen actitudes y comportamientos negativos hacia el colectivo LGTB, no necesariamente identifican sus conductas como un problema ni desean abandonarlas, tal y como se esperaría de una persona con una verdadera fobia, de quien podemos anticipar que deseará deshacerse de sus miedos.

En este sentido, utilizamos la expresión *prejuicio sexual* para referirnos a aquellas actitudes y comportamientos negativos que van dirigidos hacia las personas no heterosexuales, así como la expresión *estigma sexual internalizado* para referirnos a las actitudes negativas que se dirigen hacia uno/a mismo/a ante la sospecha de no tener una orientación heterosexual o exclusivamente heterosexual (Herek, 2015).

Los estudios llevados a cabo hasta el momento sobre prejuicio sexual han resultado fundamentales para tratar de comprender las variables y creencias que predicen los comportamientos y las actitudes anti-homosexualidad en distintos tipos de poblaciones (McDermott, Schwartz, Lindley y Proietti, 2014). La importancia de estos estudios no sólo radica en el conocimiento, sino también en la posibilidad de prevenir e intervenir en la discriminación que las personas del colectivo LGTB pueden experimentar en los diferentes ámbitos de sus vidas (escolar, laboral, social, legal, familiar, de salud, etc.).

Sabin, Riskind y Nosek (2015) afirman que las experiencias y las expectativas de discriminación dentro del sistema de atención a la salud pueden derivar en riesgos médicos para las personas homosexuales, ya que anticipar el prejuicio sexual o haberlo experimentado en alguna ocasión, puede facilitar que las personas homosexuales retrasen la búsqueda de atención sanitaria cuando la necesitan o cuando sería recomendable realizar una prueba de detección precoz. Igualmente, anticipar que el profesional sanitario de referencia tiene prejuicios sexuales, en ocasiones deriva en miedo a revelar información personal que podría ayudar al sanitario a identificar los factores de riesgo clave para el paciente y a realizar las mejores recomendaciones sanitarias (Durso y Meyer, 2013; Riskind, Tornello, Younger y Patterson, 2014).

Muchos de los estudios sobre prejuicio sexual se han desarrollado en población universitaria (Allen y Smith, 2011; Frías, et. al, 2006; Quiles, et. al, 2003; Stefurak, Taylor y Mehta, 2010; Wellman y Mc.Coy, 2014) y aquellos que se han aproximado a las profesiones sanitarias, frecuentemente lo han hecho mediante la participación de estudiantes de medicina y enfermería (Matharu, Kravitz, McMahon, Wilson y Fitzgerald, 2012; Parker y Bhugra, 2000; Strong y Folse, 2015).

Sabin, Riskind y Nosek (2015) llevaron a cabo la primera investigación sobre actitudes explícitas e implícitas hacia la homosexualidad en una gran población estadounidense de profesionales sanitarios en activo (n=16.248). Su estudio reveló que los sanitarios (médicos/as, enfermeros/as y psicólogos/as) heterosexuales presentaban preferencias implícitas o sutiles por los pacientes heterosexuales en detrimento de aquellos que eran homosexuales. Por el contrario, los sanitarios homosexuales mostraron preferencias mixtas entre pacientes heterosexuales y homosexuales. Estos investigadores también hallaron que las preferencias implícitas por los pacientes heterosexuales fueron más fuertes en los sanitarios hombres en general y en la profesión enfermería, especialmente cuando los enfermeros eran hombres.

La carencia de estudios de este tipo en población sanitaria activa y europea, revela las dificultades de acceso a este tipo de muestra y la necesidad de explorar el prejuicio sexual para conocer las variables y creencias que lo predicen en el conjunto sanitario. Entendemos que esto necesario para llevar a cabo acciones de prevención e intervención ante la discriminación sexual en los distintos ámbitos.

Así pues, el objetivo principal de este estudio es analizar las actitudes hacia la diversidad sexual de una población mayoritariamente española de profesionales sanitarios (medicina, enfermería y psicología), explorando la posible existencia de prejuicio sexual y las variables que tienden a asociarse a él.

Procedimiento. Objetivos. Los objetivos que se contemplan en este estudio son: 1) explorar la posible presencia de prejuicio sexual en el conjunto de la muestra de profesionales sanitarios, 2) analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en los resultados en función de las variables: sexo, edad, profesión sanitaria, especialidad, creencias religiosas, creencias políticas y orientación sexual, 3) confirmar o descartar la relación entre actitudes hacia la homosexualidad y actitudes hacia la crianza homoparental y 4) confirmar o descartar la relación entre actitudes hacia la homosexualidad y actitudes hacia la igualdad de género.

Hipótesis. Las hipótesis que se pusieron a prueba fueron:

- Existen diferencias en las actitudes hacia la diversidad sexual en función de la variable *sexo*: “las mujeres mostrarán actitudes más igualitarias hacia la homosexualidad, esto es, sus puntuaciones en la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (EHSM) serán generalmente menores que las de los hombres”.
- Existen diferencias en las actitudes hacia la diversidad sexual en función de la variable *edad*: “las personas que se encuentran en la etapa de adultez temprana mostrarán actitudes más igualitarias hacia la homosexualidad, esto es, sus puntuaciones en la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (EHSM) serán generalmente menores que las de aquellas personas que se encuentran en la etapa de adultez o adultez tardía”.
- Existen diferencias en las actitudes hacia la diversidad sexual en función de la variable *profesión*: “los psicólogos/as mostrarán actitudes más igualitarias hacia la homosexualidad que el resto de la población participante, esto es, sus puntuaciones en la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (EHSM) serán menores”.
- Existen diferencias en las actitudes hacia la diversidad sexual en función de la variable *especialidad*: “los especialistas mostrarán actitudes más igualitarias hacia la homosexualidad que los no especialistas, esto es, sus puntuaciones en la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (EHSM) serán menores”.
- Existen diferencias en las actitudes hacia la diversidad sexual en función de la variable *creencias religiosas*: “las personas ateas o agnósticas mostrarán actitudes más igualitarias hacia la homosexualidad que las personas creyentes, esto es, sus puntuaciones en la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (EHSM) serán menores”.
- Existen diferencias en las actitudes hacia la diversidad sexual en función de la variable *creencias políticas*: “las personas que se declaran progresistas mostrarán actitudes más igualitarias hacia la homosexualidad que las personas de centro, y éstas a su vez, mostrarán actitudes más igualitarias que las conservadoras. Esto es, las puntuaciones en la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (EHSM) de las progresistas serán menores que las de centro, y éstas, menores que las de las personas conservadoras”.
- Existen diferencias en las actitudes hacia la diversidad sexual en función de la variable *orientación sexual*: “las personas no estrictamente heterosexuales mostrarán actitudes más igualitarias que las personas exclusivamente heterosexuales, esto es, sus puntuaciones en la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (EHSM) serán menores”.

- Existe correlación entre las actitudes hacia la homosexualidad y las actitudes hacia la homoparentalidad: “las personas con puntuaciones altas en la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (EHSM), tenderán a puntuar alto en la *Escala de creencias sobre el ajuste infantil en familias homoparentales* (ECAIFH v1.2)”. Por el contrario, “las personas con puntuaciones bajas en la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (EHSM), tenderán a puntuar bajo en la *Escala de creencias sobre el ajuste infantil en familias homoparentales* (ECAIFH v1.2)”.
- Existe correlación entre las actitudes hacia la homosexualidad y las actitudes hacia la igualdad de género: “las personas con puntuaciones altas en la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (EHSM), tenderán a puntuar bajo en el *Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Género* (CAIG)”. Por el contrario, “las personas con puntuaciones bajas en la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (EHSM), tenderán a puntuar alto en el *Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Género* (CAIG)”.

Participantes. La muestra se compone de un total de 290 personas, de las cuales 221 (76,2%) son mujeres y 69 (23,8%) son hombres. El 96,9% de los participantes (n=281) son de nacionalidad española, mientras que el 2,1% (n=6) tiene alguna nacionalidad latinoamericana, el 0,7% (n=2) tiene alguna nacionalidad europea y el 0,3% (n=1) no especifica su nacionalidad. Las edades de los participantes están comprendidas entre los 21 y los 67 años, siendo la moda de 26, la media de 40,88 y la desviación típica de 12,96. Se agruparon las edades de los participantes en función de la etapa evolutiva en la que se encontraban, tal como sugieren Acuña-Ruiz y Oyuela (2006):

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de la muestra según etapa evolutiva.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|------------|------------|
| Adulthood temprana (21-30 años) | 87 | 30,0 |
| Adulthood (31-49 años) | 107 | 36,9 |
| Adulthood tardía (50-67 años) | 96 | 33,1 |
| Total | 290 | 100,0 |

Todos los participantes son profesionales sanitarios que pertenecen a una de las siguientes categorías:

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de la muestra según profesión.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Medicina | 142 | 49,0 |
| Enfermería | 102 | 35,2 |
| Psicología (rama clínica y sanitaria) | 46 | 15,9 |
| Total | 290 | 100,0 |

A su vez, del conjunto de médicos/as y enfermeros/as (n=244), el 56,1% (n=137) sí poseían especialidad:

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de la muestra según especialidad de Medicina/ Enfermería.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Sin especialidad | 107 | 43,9 |
| Medicina Familiar y Comunitaria | 46 | 18,9 |
| Pediatría | 13 | 5,3 |
| Medicina Interna | 3 | 1,2 |
| Medicina del trabajo | 9 | 3,7 |
| Obstetricia y Ginecología | 5 | 2,0 |
| Anestesiología y Reanimación | 5 | 2,0 |
| Psiquiatría | 4 | 1,6 |
| Medicina Intensiva | 3 | 1,2 |
| Cirugía (en sus distintas especialidades) | 7 | 2,9 |
| Aparato Digestivo | 1 | 0,4 |
| Neumología | 1 | 0,4 |
| Oncología radioterápica | 1 | 0,4 |
| Dermatología médico-quirúrgica | 1 | 0,4 |
| Neurología | 2 | 0,8 |
| Medicina Física y Rehabilitación | 1 | 0,4 |
| Medicina Preventiva y Salud Pública | 1 | 0,4 |
| Radiodiagnóstico | 2 | 0,8 |
| Oftalmología | 1 | 0,4 |
| Nefrología | 1 | 0,4 |
| Microbiología y Parasitología | 1 | 0,4 |
| Urgencias | 5 | 2,0 |
| Análisis clínicos | 1 | 0,4 |
| Enfermería de Salud Mental | 2 | 0,8 |
| Enfermería de Urgencias | 2 | 0,8 |
| Enfermería Pediátrica | 4 | 1,6 |
| Enfermería Obstétrico Ginecológica | 6 | 2,5 |
| Enfermería Familiar y Comunitaria | 8 | 3,3 |
| Enfermería del Trabajo | 1 | 0,4 |
| Total | 244 | 100,0 |

Respecto a las creencias religiosas y políticas de los participantes:

Gráfico 1: Distribución de la muestra según creencias religiosas.

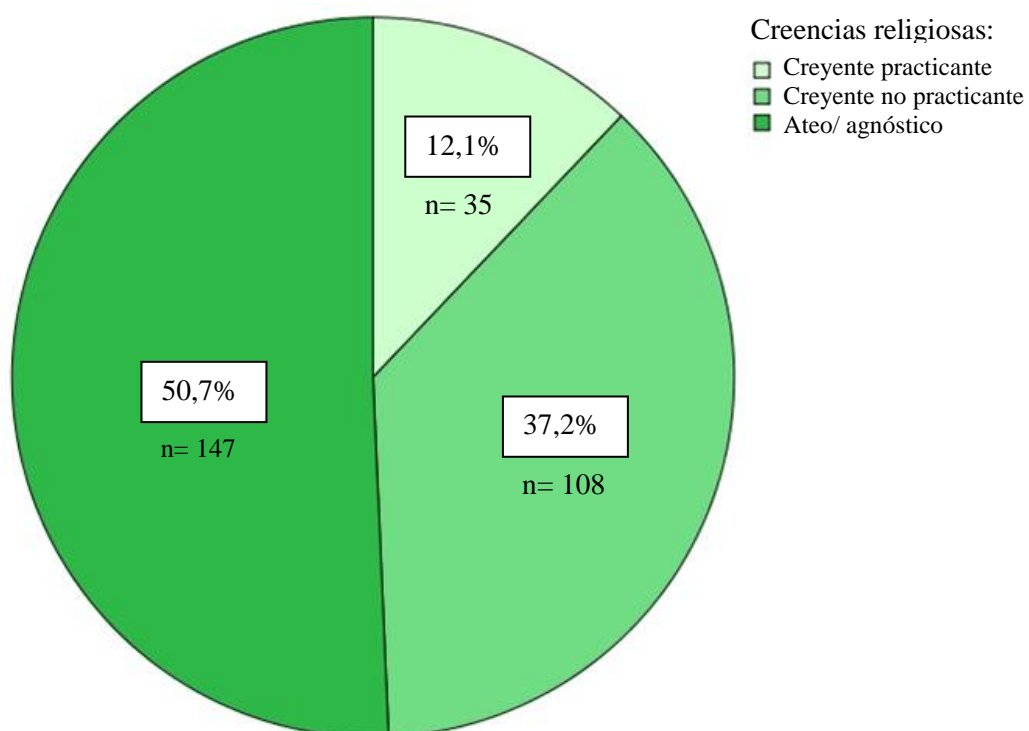
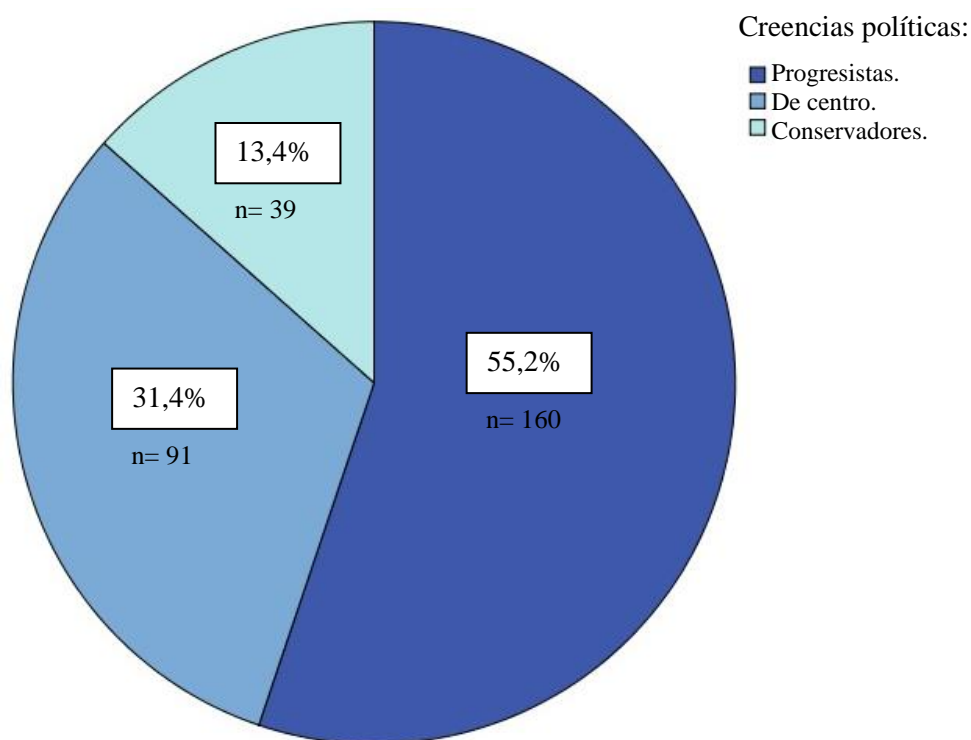


Gráfico 2: Distribución de la muestra según creencias políticas.



Las diferentes orientaciones sexuales de los participantes, recogidas a través de la escala Kinsey, fueron agrupadas en dos únicas condiciones, debido al tamaño muestral tan bajo que se obtuvo para los diferentes grados de la escala (p.ej.: *bisexual*):

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de la muestra según orientación sexual

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| Personas heterosexuales | 220 | 75,9 |
| Personas no heterosexuales | 70 | 24,1 |
| Total | 290 | 100,0 |

Método. Para llevar a cabo el estudio se administran tres cuestionarios que todos los participantes rellenan de forma online y autoaplicada a través de un enlace web. El enlace se distribuye como una invitación a participar a todos los médicos/as, enfermeros/as y psicólogos/as colegiados/as de la provincia de Castellón, mediante la colaboración del Colegio Oficial de Médicos de Castellón (COM), el Colegio Oficial de Enfermería de Castellón (COE) y el Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana (COP), quienes envían un correo electrónico a sus colegiados con el enlace (COM y COE) o bien lo comparten en su página web (COP), asegurando la voluntariedad, la confidencialidad y el anonimato en la participación y permitiendo una selección de la muestra al azar dentro de los colectivos que se desean estudiar.

Para solicitar la colaboración del Colegio Oficial de Médicos, del Colegio Oficial de Enfermería y del Colegio Oficial de Psicólogos, se mantiene una entrevista personal con los profesionales asignados por cada colegio y se facilita a cada uno de ellos una carta formal de presentación, así como una copia en papel de los tres cuestionarios, un informe del tutor del trabajo acreditando la veracidad de la investigación y un anteproyecto del estudio donde consta un breve resumen del marco teórico, objetivos, hipótesis, metodología, cronograma, etc. del mismo. Estos documentos se adaptan para cada colegio y se dirigen a las respectivas Juntas de Dirección para la aprobación de la colaboración con el estudio en Febrero de 2016. A finales de Abril de 2016 termina el proceso de recogida de datos de la muestra.

También se lleva a cabo el mismo proceso con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Castellón, pero rehúsa participar en el estudio. Igualmente ocurre con la Gerencia del Departamento de Salud del Hospital General de Castellón, a quienes se les solicita autorización para visitar el Hospital General y sus centros asociados y repartir los cuestionarios en papel entre los trabajadores que deseen participar.

El enlace que adjunta los cuestionarios incluye preguntas referidas a conocer el sexo, la edad, la nacionalidad, la profesión, la especialidad, las creencias religiosas, políticas y la orientación sexual del sujeto. La forma en que se realizaron estas preguntas implicó:

- Selección de una opción: “hombre” o “mujer” para la variable *sexo*.
- Escritura de las cifras de *edad*.
- Escritura de la nacionalidad.
- Selección de una *profesión*: “médico/a”, “enfermero/a”, “psicólogo/a”.
- Escritura de la especialidad cuando se posee.
- Selección de una opción para la variable *creencias religiosas*: “creyente practicante”, “creyente no practicante” o “ateo/agnóstico”, especificando que las categorías se aplican a cualquier religión que pueda profesar el participante.
- Selección de un punto en una escala de 0 a 10 para la variable *creencias políticas*, donde 0 es total ideología de izquierda y 10 es total ideología de derecha.
- Selección de una opción en la escala Kinsey para la variable orientación sexual.

Los cuestionarios que se utilizaron para evaluar las actitudes hacia la diversidad sexual de la muestra son: *Escala de Homofobia Sutil y Manifiesta* (EHSM) de Quiles et. al, (2003), *Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Géneros* (CAIG) de Sola, Martínez y Meliá (2003) y *Escala de creencias sobre el ajuste infantil en familias homoparentales* (ECAIFH) de Frías (2005).

La *Escala de Homofobia Sutil y Manifiesta* (EHSM) es un cuestionario tipo Likert de 17 ítems que evalúa las actitudes hacia la homosexualidad en base a dos escalas: homofobia manifiesta (ítems 1 a 10) y sutil (ítems 11 a 17). Cada ítem es valorado por la persona con un número del 1 al 7, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo con el ítem planteado. Teniendo en cuenta la redacción de los ítems inversos y no inversos para la corrección, una puntuación alta en el test indicará la presencia de actitudes homofóbicas en el participante, mientras que una puntuación baja indicará la ausencia de las mismas. En su proceso de validación estadística en población española, los autores llevaron a cabo sendos análisis de componentes principales con rotación varimax para las escalas de homofobia explícita e implícita por separado, obteniendo un alfa de Cronbach para la escala de homofobia explícita de 0,71 y un alfa para la escala de homofobia implícita de 0,63. La matriz rotada dio lugar a dos componentes por cada escala. Para la escala de homofobia explícita, el primer factor recogió los ítems de intimidación, explicando el 22,68% de la varianza; mientras que el segundo factor recogió los ítems de rechazo, que explicaron el 20,89% de la varianza. En el caso de la escala de homofobia implícita, el primer factor recogió los ítems de diferencias culturales y de valores, explicando el 28,4% de la varianza, mientras que el segundo factor recogió los ítems relativos al rechazo que explicaron el 24,3% de la varianza. (Quiles et. al, 2003).

El *Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Géneros* (CAIG) es una escala tipo Likert de 30 ítems que evalúa las actitudes hacia la igualdad de género en base a seis factores: aspectos relacionados con la orientación sexual (F1), aspectos relacionados con el simbolismo religioso (F2), valores y estructura de pareja (F3), ámbito de lo privado (F4), ámbito de lo público (F5) y sexualidad y libertad personal (F6). El factor 1 (ítems 1, 5*¹, 17, 24 y 29*) evalúa las actitudes hacia la igualdad de derechos entre personas con distinta orientación sexual. El factor 2 (ítems 3, 30, 9*, 14* y 27) evalúa las actitudes hacia la conveniencia de igualdad de género en la Iglesia y la concepción de la deidad. El factor 3 (ítems 10*, 12*, 13*, 15* y 19*) incluye las actitudes hacia aspectos normativos dentro del ámbito de la pareja, así como la deseabilidad de ciertos comportamientos en función del sexo. El factor 4 (ítems 4*, 6*, 7*, 25* y 28*) alude a la supuesta diferencia entre los sexos en interés y capacidades en el ámbito de lo privado. El factor 5 (ítems 8*, 11*, 16*, 20* y 22*) hace referencia a la supuesta capacitación y adecuación de cada uno de los sexos en distintos aspectos públicos. El factor 6 (ítems 2*, 18*, 21*, 23* y 26*) evalúa si la persona cree que existen diferencias entre los géneros en cuanto a impulsos sexuales, seguridad y libertad personal, capacidad en la toma de decisiones, etc. Los ítems del cuestionario sugieren situaciones o ideas relacionadas con estas temáticas y el participante puntúa cada uno de ellos en una escala del 1 al 7, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo con el ítem. Teniendo en cuenta la redacción de los ítems inversos (*) y no inversos para la corrección del cuestionario, una puntuación final alta en el test indicará que la persona presenta actitudes favorables hacia la igualdad de género, mientras que una puntuación final baja indicará la presencia de actitudes sexistas. Para su validación estadística en población española, la escala final de 30 ítems fue sometida a un análisis de componentes principales con rotación varimax, en la que se obtuvieron los seis factores descritos que explican conjuntamente el 54,4% de la varianza. El coeficiente alfa que se obtuvo para la escala total fue de 0,91, lo que indica una elevada fiabilidad del instrumento, así como de los factores por separado, los cuales obtuvieron coeficientes alfa de entre 0,73 y 0,79 (Sola, Martínez y Meliá, 2003).

La *Escala de creencias sobre el ajuste infantil en familias homoparentales* (ECAIFH v1.2) es un cuestionario de tipo verdadero/falso que consta de 6 ítems que evalúan las actitudes del participante hacia la homoparentalidad, quien puntúa cada ítem como *verdadero o falso* en función de si está de acuerdo o no con la situación planteada. El sumatorio de las respuestas verdaderas (cada una vale 1 punto) nos indica el resultado final en el cuestionario, que puede abarcar desde los 0 puntos (ninguna respuesta verdadera, es decir, todas falsas para los 6 ítems) hasta los 6 puntos (todas las respuestas verdaderas para los 6 ítems). Cuanta más alta sea la puntuación final obtenida, más contraria se mostrará la persona hacia la homoparentalidad. En su proceso de validación estadística, se obtuvieron resultados adecuados de fiabilidad y consistencia interna para el instrumento, con un alfa de Cronbach de 0.88 (Frías et al., 2006).

¹ El símbolo asterisco (*) indica que el ítem del cuestionario es inverso.

Análisis estadísticos. Para poner a prueba las hipótesis planteadas, se realizaron las medias muestrales para cada cuestionario (EHMS, CAIG y ECAIFH) en función de cada variable (sexo, edad, profesión, orientación sexual, creencias religiosas y políticas). Estas medias se compararon mediante pruebas t de student para variables continuas cuando se distribuían en dos grupos (p.ej.: *sexo* – hombre o mujer) y mediante pruebas anova para variables continuas cuando se distribuían en tres o más grupos (p.ej.: *profesión* – médico/a, enfermero/a, psicólogo/a). Asimismo, se utilizaron correlaciones de Spearman para descubrir si existía relación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de los cuestionarios, los cuales se distribuyen como variables de intervalo.

Para facilitar los análisis estadísticos y tratar de reducir las diferencias de tamaño muestral entre los grupos de una misma variable, se realizaron cambios en la manera de agrupar a los participantes en algunas de las variables. Es el caso de las *creencias políticas*, pues originalmente se distribuían en una escala de diez puntos, que generaba diez grupos de personas con tamaños muestrales muy diversos y de difícil comparación. Así pues, para reducir estas diferencias y facilitar los análisis estadísticos, se ha decidido agrupar a los participantes en tres conjuntos: progresistas (si marcaron un punto entre 0-3), de centro (si marcaron un punto entre 4-6) o conservadores (si marcaron un punto entre 7-10). Lo mismo ocurre con la variable *creencias religiosas*, que finalmente ha sido dividida en dos conjuntos para igualar el tamaño muestral de los grupos de participantes: creyentes (n=143) y no creyentes (n=147).

De forma similar, la variable *orientación sexual*, que originalmente se distribuía en la escala Kinsey (siete puntos que generan siete grupos de personas diferentes), actualmente se agrupa en dos únicas condiciones, tal y como aparece en *tabla 4*, ya que las diferencias entre los tamaños muestrales de los grupos resultaban aún más evidentes.

Igualmente ocurre con la *edad*, la cual se ha decidido agrupar en tres condiciones en función de la etapa evolutiva en la que se encuentra la persona, para facilitar los análisis estadísticos y asemejar los tamaños muestrales entre los grupos de edad, siguiendo los pasos de Acuña-Ruiz y Oyuela (2006).

Respecto a la *especialidad*, se ha dividido a la población de médicos/as y enfermeros/as en dos grupos: “sin especialidad” y “especialistas”, ya que las diferencias entre los tamaños muestrales no posibilitaban las divisiones de grupos y la contrastación de hipótesis que inicialmente se habían planteado para esta variable.

Finalmente, para llevar a cabo los análisis estadísticos se ha eliminado a once participantes del total original (n=301). Seis de ellos por presentar una edad superior a 67 años (límite máximo que se ha considerado por ser la edad de jubilación y entenderse como el final de la vida laboral) y cinco de ellos por pertenecer a la profesión “auxiliar de enfermería”, ya que finalmente este grupo ha tenido que ser suprimido del estudio por falta de tamaño muestral (debido a las dificultades para acceder a esta población sin un colegio profesional específico y sin la autorización de visita al Hospital General de Castellón y centros asociados).

Resultados. A continuación se muestran los resultados estadísticos obtenidos durante el estudio en relación a las hipótesis planteadas. En primer lugar, se presentan las medias muestrales de la población participante para cada uno de los cuestionarios. Seguidamente, aparecen los análisis llevados a cabo con la variable sexo en los tres cuestionarios. En tercer lugar, se muestran los análisis pertinentes a la variable edad, seguidos de los resultados obtenidos en función de la profesión. A continuación, se analiza la influencia de la especialidad y posteriormente se muestran los resultados obtenidos en los tres cuestionarios en función de las creencias religiosas, las creencias políticas y la orientación sexual. Finalmente, aparecen las correlaciones estadísticas entre los cuestionarios.

Se obtuvieron las siguientes medias muestrales en los cuestionarios:

Tabla 5. Puntuación total media de la población participante en los cuestionarios.

| | Media | DE |
|---|-------|------|
| Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil total (EHMS) | 2,83 | 0,77 |
| Subescala de homofobia manifiesta | 3,02 | 0,72 |
| Subescala de homofobia sutil | 2,56 | 1,04 |
| Escala de Creencias Ajuste Infantil en Familias Homoparentales (ECAIFH) | 0,79 | 1,46 |
| Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Género (CAIG) | 6,04 | 0,86 |

DE: Desviación Estándar; n=290.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de hombres ($M= 3,05$; $DT= 0,84$) y mujeres ($M= 2,77$; $DT= 0,74$) en la escala de homofobia total, siendo mayor la media de los hombres ($t = -2,693$; $p<0,05$). Lo mismo ocurrió en la subescala de homofobia manifiesta, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los hombres ($M=3,24$; $DT= 0,83$) y las mujeres ($M= 2,95$; $DT= 0,67$), siendo mayor la media de los hombres ($t= -2,951$; $p<0,05$). Por el contrario, en la subescala de homofobia sutil, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres ($M= 2,77$; $DT= 1,03$) y mujeres ($M= 2,49$; $DT= 1,03$), ($t = -1,938$; $p=0,054$).

Como se muestra en la tabla 6, al analizar las puntuaciones medias en los ítems de la escala de homofobia, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en los ítems: 1 (“muchos grupos de homosexuales presionan para conseguir cada vez más derechos, pero los políticos se olvidan de los problemas que tenemos los heterosexuales, por ejemplo, cuando decidimos tener un hijo”), 3 (“Muchos homosexuales tienen una posición social y económica bastante destacada, pero la han conseguido, precisamente, gracias a su condición y al apoyo que reciben de otros homosexuales”), 4 (“No creo que los/las homosexuales necesiten medidas o leyes especiales que les favorezcan”), 5 (“Homosexuales y heterosexuales nunca se sentirán cómodos unos al lado de los otros, aunque sean realmente amigos”), 8 (“Llegado el momento, y en unas determinadas condiciones, yo podría sentir el deseo de tener una relación sexual con alguien de mi propio sexo”), 10 (“Si se diera el caso, no me importaría que un/a homosexual tuviera relaciones íntimas con alguien de mi familia”), 11 (“Del mismo modo que los inmigrantes asumen las costumbres del país al que llegan, creo que los/las homosexuales podrían hacer lo mismo y ser más moderados”) y 13 (“Si los/las homosexuales se esforzaran realmente en integrarse, no necesitarían hacer tantas movilizaciones ni esconderse”).

Tabla 6: Diferencias en la Escala de Homofobia según el sexo (Quiles, et. al, 2003).

| Items | Mujer | | Hombre | | t(gl) | p-valor | D de Cohen (IC) |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|----------------|-----------------------------|
| | Media | DE | Media | DE | | | |
| Item 1 | 3,09 | 1,87 | 3,67 | 1,99 | -2,20 (288) | 0,029* | -0,30 (-1,09; -0,06) |
| Item 2 | 2,11 | 1,60 | 2,32 | 1,75 | -0,91 (288) | 0,364 | -0,13 (-0,65; -0,24) |
| Item 3 | 1,77 | 1,27 | 2,35 | 1,63 | -3,07 (288) | 0,002** | -0,42 (-0,95; -0,21) |
| Item 4 | 3,97 | 2,02 | 3,28 | 2,04 | 2,50 (288) | 0,013* | 0,35 (0,15; 1,25) |
| Item 5 | 1,31 | 0,86 | 1,61 | 1,14 | -2,30 (288) | 0,022* | -0,32 (-0,55; -0,04) |
| Item 6 | 1,41 | 1,02 | 1,35 | 0,89 | 0,44 (288) | 0,663 | 0,06 (-0,21; 0,33) |
| Item 7 | 2,67 | 1,89 | 3,12 | 2,09 | -1,65 (288) | 0,1 | -0,23 (-0,97; 0,09) |
| Item 8 | 4,76 | 2,11 | 5,49 | 2,06 | -2,52 (288) | 0,012* | -0,35 (-1,30; -0,16) |
| Item 9 | 6,38 | 1,34 | 6,49 | 1,22 | -0,60 (288) | 0,551 | -0,08 (-0,47; 0,25) |
| Item 10 | 2,05 | 1,62 | 2,77 | 2,05 | -3,03 (288) | 0,003** | -0,42 (-1,19; -0,25) |
| Item 11 | 2,12 | 1,62 | 2,83 | 2,03 | -2,98 (288) | 0,003** | -0,41 (-1,18; -0,24) |
| Item 12 | 2,08 | 1,61 | 2,39 | 1,79 | -1,38 (288) | 0,169 | -0,19 (-0,76; 0,14) |
| Item 13 | 1,85 | 1,35 | 2,70 | 1,93 | -4,07 (288) | < 0,001*** | -0,56 (-1,25; -0,44) |
| Item 14 | 2,62 | 1,80 | 2,52 | 1,88 | 0,39 (288) | 0,696 | 0,05 (-0,40; 0,59) |
| Item 15 | 2,23 | 1,68 | 2,13 | 1,69 | 0,43 (288) | 0,661 | 0,06 (-0,35; 0,55) |
| Item 16 | 3,00 | 1,68 | 3,22 | 1,64 | -0,96 (288) | 0,337 | -0,13 (-0,68; 0,23) |
| Item 17 | 3,60 | 1,69 | 3,64 | 1,59 | -0,18 (288) | 0,861 | -0,02 (-0,49; 0,41) |
| P. Total | 47,02 | 12,58 | 51,86 | 14,33 | -2,69 (288) | 0,007** | -0,37 (-8,36; -1,30) |

DE: Desviación Estándar; gl: grados de libertad; IC: Intervalo de Confianza; *Estadísticamente significativo ($p < 0,05$); ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

También se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la media de las puntuaciones en ECAIFH entre hombres ($M = 1,49$; $DT = 2,055$) y mujeres ($M = 0,57$; $DT = 1,14$), siendo la media mayor en los hombres ($t = -4,719$; $p < 0,05$). Igualmente ocurrió con el *Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Género*, CAIG, donde hombres ($M = 5,77$; $DT = 0,96$) y mujeres ($M = 6,12$; $DT = 0,82$) mostraron diferencias estadísticamente significativas, siendo la media mayor en las mujeres ($t = 3,056$; $p < 0,05$).

Al examinar la variable *edad*, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en la escala de homofobia entre adultos jóvenes ($M = 2,65$; $DT = 0,72$) y adultos mayores ($M = 2,96$; $DT = 0,78$), siendo la media más alta en los adultos mayores ($F = 4,094$; $p < 0,05$). Las diferencias no resultaron estadísticamente significativas entre estos dos grupos y los adultos ($M = 2,87$; $DT = 0,79$). Lo mismo ocurrió en la subescala de homofobia manifiesta, donde se observaron diferencias estadísticamente significativas entre adultos jóvenes ($M = 2,84$; $DT = 0,71$) y adultos mayores ($M = 3,16$; $DT = 0,75$), siendo la media más elevada en los adultos mayores ($F = 4,42$; $p < 0,05$). Las diferencias no resultaron estadísticamente significativas entre estos dos grupos y los adultos ($M = 3,05$; $DT = 0,68$). En el caso de la subescala de homofobia sutil, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre adultos jóvenes ($M = 2,36$; $DT = 0,90$), adultos ($M = 2,61$; $DT = 1,32$) y adultos mayores ($M = 2,69$; $DT = 1,03$), ($F = 2,476$; $p = 0,086$).

Como se muestra en la tabla 7, al analizar las puntuaciones medias en los ítems de la escala de homofobia, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los adultos jóvenes y el resto de participantes en los ítems: 1 (“muchos grupos de homosexuales presionan para conseguir cada vez más derechos, pero los políticos se olvidan de los problemas que tenemos los heterosexuales, por ejemplo, cuando decidimos tener un hijo”), 3 (“Muchos homosexuales tienen una posición social y económica bastante destacada, pero la han conseguido, precisamente, gracias a su condición y al apoyo que reciben de otros homosexuales”), 4 (“No creo que los/las homosexuales necesiten medidas o leyes especiales que les favorezcan”), 7 (“Si en el futuro tengo una hija, no me importaría que ésta fuera lesbiana y tuviera relaciones íntimas con otra mujer”), 8 (“Llegado el momento, y en unas determinadas condiciones, yo podría sentir el deseo de tener una relación sexual con alguien de mi propio sexo”) y 11 (“Del mismo modo que los inmigrantes asumen las costumbres del país al que llegan, creo que los/las homosexuales podrían hacer lo mismo y ser más moderados”).

Las diferencias también resultaron estadísticamente significativas entre los adultos jóvenes y los adultos mayores en los ítems 13 (“Si los/las homosexuales se esforzaran realmente en integrarse, no necesitarían hacer tantas movilizaciones ni esconderse”) y 14 (“No creo que haya muchas diferencias en las creencias y las ideas de homosexuales y de heterosexuales”).

Tabla 7: Diferencias en la Escala de Homofobia según la etapa evolutiva (Quiles, et. al, 2003)

| Ítems | Adulthood temprana | | Adulthood | | Adulthood tardía | | F(gl) | p-valor |
|-----------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|--------------|-----------------|---------------|
| | Media | DE | Media | DE | Media | DE | | |
| Item 1 | 2,67 | 1,76 | 3,46 | 1,98 | 3,48 | 1,88 | 5,53 (2) | 0,004** |
| Item 2 | 2,32 | 1,79 | 2,15 | 1,61 | 2,03 | 1,53 | 1,94 (2) | 0,488 |
| Item 3 | 1,57 | 1,11 | 1,89 | 1,42 | 2,23 | 1,50 | 5,26 (2) | 0,006** |
| Item 4 | 4,52 | 1,89 | 3,64 | 1,89 | 3,34 | 2,17 | 8,52 (2) | <0,001*** |
| Item 5 | 1,30 | 0,82 | 1,38 | 0,97 | 1,46 | 1,00 | 0,66 (2) | 0,519 |
| Item 6 | 1,23 | 0,71 | 1,49 | 1,17 | 1,44 | 0,96 | 1,77 (2) | 0,172 |
| Item 7 | 2,22 | 1,74 | 2,98 | 2,06 | 3,06 | 1,91 | 5,37 (2) | 0,005** |
| Item 8 | 4,25 | 2,16 | 4,99 | 2,09 | 5,50 | 1,94 | 8,37 (2) | <0,001*** |
| Item 9 | 6,32 | 1,32 | 6,31 | 1,42 | 6,60 | 1,13 | 1,57 (2) | 0,209 |
| Item 10 | 2,05 | 1,71 | 2,19 | 1,68 | 2,41 | 1,87 | 0,99 (2) | 0,374 |
| Item 11 | 1,60 | 1,13 | 2,40 | 1,82 | 2,78 | 1,94 | 11,66(2) | <0,001*** |
| Item 12 | 2,02 | 1,52 | 2,06 | 1,67 | 2,38 | 1,76 | 1,32 (2) | 0,270 |
| Item 13 | 1,61 | 1,15 | 1,97 | 1,46 | 2,54 | 1,81 | 9,01 (2) | <0,001*** |
| Item 14 | 2,84 | 1,77 | 2,79 | 1,89 | 2,17 | 1,71 | 4,13 (2) | 0,017* |
| Item 15 | 2,18 | 1,39 | 2,20 | 1,75 | 2,24 | 1,79 | 0,03 (2) | 0,971 |
| Item 16 | 2,85 | 1,59 | 3,21 | 1,80 | 3,05 | 1,59 | 1,08 (2) | 0,340 |
| Item 17 | 3,45 | 1,51 | 3,66 | 1,87 | 3,69 | 1,56 | 0,57 (2) | 0,568 |
| P. Total | 45,00 | 12,26 | 48,76 | 13,40 | 50,40 | 13,24 | 4,09 (2) | 0,018* |

DE: Desviación Estándar; gl: grados de libertad; *Estadísticamente significativo ($p < 0,05$); ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de jóvenes ($M = 0,39$; $DT = 1,62$) y adultos mayores ($M = 1,20$; $DT = 1,77$) en ECAIFH, siendo la media más elevada en adultos mayores ($F = 7,314$; $p < 0,05$). Las diferencias no resultaron estadísticamente significativas entre estos dos grupos y los adultos ($M = 0,76$; $DT = 1,38$). Lo mismo ocurrió con el cuestionario CAIG, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los adultos jóvenes ($M = 6,22$; $DT = 0,79$) y los adultos mayores ($M = 5,91$; $DT = 0,92$), siendo la media mayor en adultos jóvenes ($F = 3,182$; $p < 0,05$). Las diferencias no resultaron estadísticamente significativas entre estos dos grupos y los adultos ($M = 6,00$; $DT = 0,84$).

Respecto a la variable *profesión*, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre médicos/as (M= 2,87; DT= 0,80), enfermeros/as (M= 2,89; DT= 0,77) y psicólogos/as (M= 2,59; DT= 0,66) en la escala de homofobia total (F= 2,699; p=0,069). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre médicos/as (M= 2,58; DT= 1,12), enfermeros/as (M= 2,61; DT= 1,03) y psicólogos/as (M= 2,42; DT= 0,82) en la subescala de homofobia sutil (F= 0,57; p=0,561). Sin embargo, las diferencias entre médicos (M= 3,07; DT= 0,71), enfermeros/as (M= 3,09; DT= 0,74) y psicólogos/as (M= 2,71; DT= 0,65) sí resultaron estadísticamente significativas en la subescala de homofobia manifiesta, siendo mayores en enfermeros/as y menores en psicólogos (F= 5,037; p<0,05).

Como se observa en la tabla 8, al analizar las puntuaciones medias en los ítems de la escala de homofobia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tres profesiones en los ítems: 1 (“muchos grupos de homosexuales presionan para conseguir cada vez más derechos, pero los políticos se olvidan de los problemas que tenemos los heterosexuales, por ejemplo, cuando decidimos tener un hijo”), 3 (“Muchos homosexuales tienen una posición social y económica bastante destacada, pero la han conseguido, precisamente, gracias a su condición y al apoyo que reciben de otros homosexuales”), 4 (“No creo que los/las homosexuales necesiten medidas o leyes especiales que les favorezcan”) y 8 (“Llegado el momento, y en unas determinadas condiciones, yo podría sentir el deseo de tener una relación sexual con alguien de mi propio sexo”). En el caso del ítem 6 (“Por su propia condición, los/las homosexuales nunca conseguirán el mismo nivel de desarrollo personal que los heterosexuales”) las diferencias resultaron estadísticamente significativas entre enfermeros/as y psicólogos/as, mientras que para los ítems 11 (“Del mismo modo que los inmigrantes asumen las costumbres del país al que llegan, creo que los/las homosexuales podrían hacer lo mismo y ser más moderados”) y 13 (“Si los/las homosexuales se esforzaran realmente en integrarse, no necesitarían hacer tantas movilizaciones ni esconderse”) lo fueron entre médicos/as y psicólogos.

Tabla 8: Diferencias en la Escala de Homofobia según la profesión (Quiles, et. al, 2003)

| Ítems | Médico/a | | Enfermero/a | | Psicólogo/a | | F(gl) | p-valor |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|
| | Media | DT | Media | DT | Media | DT | | |
| Item 1 | 3,44 | 1,90 | 3,30 | 1,93 | 2,41 | 1,73 | 5,26 (2) | 0,006** |
| Item 2 | 2,03 | 1,49 | 2,33 | 1,93 | 2,20 | 1,34 | 1,04 (2) | 0,355 |
| Item 3 | 2,06 | 1,47 | 1,97 | 1,48 | 1,28 | 0,75 | 5,88 (2) | 0,003** |
| Item 4 | 3,44 | 1,95 | 3,79 | 2,05 | 4,98 | 1,72 | 10,59(2) | <0,001*** |
| Item 5 | 1,41 | 0,91 | 1,43 | 1,09 | 1,20 | 0,62 | 1,11 (2) | 0,333 |
| Item 6 | 1,33 | 0,86 | 1,62 | 1,26 | 1,09 | 0,35 | 5,29 (2) | 0,006** |
| Item 7 | 2,91 | 1,97 | 2,80 | 1,97 | 2,33 | 1,82 | 1,58 (2) | 0,209 |
| Item 8 | 5,23 | 2,05 | 5,22 | 1,93 | 3,43 | 2,12 | 15,11(2) | <0,001*** |
| Item 9 | 6,58 | 1,09 | 6,21 | 1,66 | 6,33 | 1,02 | 2,61 (2) | 0,075 |
| Item 10 | 2,29 | 1,76 | 2,25 | 1,91 | 1,93 | 1,36 | 0,73 (2) | 0,485 |
| Item 11 | 2,56 | 1,86 | 2,21 | 1,72 | 1,63 | 1,18 | 5,20 (2) | 0,006** |
| Item 12 | 2,27 | 1,74 | 2,04 | 1,58 | 2,04 | 1,56 | 0,68 (2) | 0,508 |
| Item 13 | 2,30 | 1,68 | 1,93 | 1,45 | 1,57 | 1,13 | 4,46 (2) | 0,012** |
| Item 14 | 2,37 | 1,78 | 2,86 | 1,99 | 2,72 | 1,40 | 2,36 (2) | 0,096 |
| Item 15 | 2,25 | 1,82 | 2,10 | 1,43 | 2,33 | 1,61 | 0,38 (2) | 0,686 |
| Item 16 | 2,93 | 1,64 | 3,28 | 1,84 | 2,89 | 1,32 | 1,58 (2) | 0,207 |
| Item 17 | 3,39 | 1,68 | 3,84 | 1,73 | 3,74 | 1,39 | 2,34 (2) | 0,098 |
| P. Total | 48,77 | 13,58 | 49,19 | 13,16 | 44,09 | 11,14 | 2,70 (2) | 0,069 |

DE: Desviación Estándar; gl: grados de libertad; *Estadísticamente significativo (p < 0,05); **p < 0,01; ***p < 0,001

También se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las medias de las puntuaciones en ECAIFH entre el grupo de médicos/s ($M= 1,08$; $DT= 1,736$) y los grupos de enfermeros/as ($M= 0,57$; $DT= 1,095$) y psicólogos/as ($M= 0,39$; $DT= 1,022$), siendo la media mayor en los/as médicos/as ($F= 5,959$; $p<0,05$). No ocurrió lo mismo con el *Cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Género* (CAIG), donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre médicos/s ($M= 5,99$; $DT= 0,81$), enfermeros/as ($M= 5,99$; $DT= 0,99$) y psicólogos/as ($M= 6,29$; $DT= 0,66$), ($F= 2,267$; $p=0,106$).

Al examinar a la población de médicos/as y enfermeros/as en función de su *especialidad*, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los profesionales con especialidad ($M= 2,86$; $DT= 0,82$) y sin especialidad ($M= 2,90$; $DT= 0,74$) para la escala de homofobia ($t = 0,394$; $p=0,694$). Tampoco aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre profesionales con especialidad ($M= 3,07$; $DT= 0,75$) y sin especialidad ($M= 3,10$; $DT= 0,69$) para la subescala de homofobia manifiesta ($t = 0,368$; $p=0,713$). Lo mismo ocurrió con la subescala de homofobia sutil, ya que tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre médicos/as y enfermeros/as con especialidad ($M= 2,57$; $DT= 1,11$) y sin ella ($M= 2,62$; $DT= 1,03$), ($t = 0,355$; $p=0,728$).

En el caso de la *Escala de Creencias sobre Ajuste Infantil en Familias Homoparentales* (ECAIFH) tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre profesionales con especialidad ($M= 1,01$; $DT= 1,71$) y sin especialidad ($M= 0,70$; $DT= 1,23$), ($t = -1,575$; $p=0,117$). Lo mismo ocurrió en el cuestionario CAIG, donde no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre profesionales con especialidad ($M= 5,96$; $DT= 0,91$) y sin ella ($M= 6,03$; $DT= 0,87$), ($t = 0,544$; $p=0,587$).

Respecto a las *creencias religiosas*, aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de personas creyentes ($M= 3,07$; $DT= 0,75$) y no creyentes ($M= 2,61$; $DT= 0,73$) en la escala de homofobia, siendo la media mayor en los creyentes ($t =5,268$; $p<0,05$). Lo mismo ocurrió en la subescala de homofobia manifiesta, donde las personas creyentes ($M= 3,23$; $DT= 0,64$) mostraron diferencias estadísticamente significativas en sus puntuaciones con las personas no creyentes ($M= 2,82$; $DT= 0,74$), obteniendo una media mayor ($t =4,954$; $p<0,05$). Igualmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de los creyentes ($M= 2,86$; $DT= 1,09$) y los no creyentes ($M= 2,30$; $DT= 0,92$) para la subescala de homofobia sutil, siendo la media mayor en los creyentes ($t =4,537$; $p<0,05$).

Como se muestra en la tabla 9, al analizar las puntuaciones medias de creyentes y no creyentes en los ítems de la escala de homofobia, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ellos en los ítems: 1 (“muchos grupos de homosexuales presionan para conseguir cada vez más derechos, pero los políticos se olvidan de los problemas que tenemos los heterosexuales, por ejemplo, cuando decidimos tener un hijo”), 3 (“Muchos homosexuales tienen una posición social y económica bastante destacada, pero la han conseguido, precisamente, gracias a su condición y al apoyo que reciben de otros homosexuales”), 4 (“No creo que los/las homosexuales necesiten medidas o leyes especiales que les favorezcan”), 7 (“Si en el futuro tengo una hija, no me importaría que ésta fuera lesbiana y tuviera relaciones íntimas con otra mujer”), 8 (“Llegado el

momento, y en unas determinadas condiciones, yo podría sentir el deseo de tener una relación sexual con alguien de mi propio sexo”), 10 (“Si se diera el caso, no me importaría que un/a homosexual tuviera relaciones íntimas con alguien de mi familia”), 11 (“Del mismo modo que los inmigrantes asumen las costumbres del país al que llegan, creo que los/las homosexuales podrían hacer lo mismo y ser más moderados”), 12 (“Las ideas que los/las homosexuales pueden inculcar a un niño/a son diferentes a las que le transmitiría un heterosexual”), 13 (“Si los/las homosexuales se esforzaran realmente en integrarse, no necesitarían hacer tantas movilizaciones ni esconderse”), 14 (“No creo que haya muchas diferencias en las creencias y las ideas de homosexuales y de heterosexuales”), 16 (“A menudo siento simpatía por los/las homosexuales”) y 17 (“A menudo experimento admiración por los/las homosexuales que conozco”), destacando especialmente los ítems 1, 4, 7, 8, 11 y 13, pues las diferencias entre las puntuaciones obtenidas para estos últimos, resultaron estadísticamente significativas para un nivel de significación inferior a 0,001.

Tabla 9: Diferencias en la Escala de Homofobia según creencias religiosas (Quiles, et. al, 2003)

| Items | Creyentes | | No creyentes | | t(gl) | p-valor | D de Cohen (IC) |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|----------------------|---------------------------|
| | Media | DE | Media | DE | | | |
| Item 1 | 3,69 | 1,84 | 2,78 | 1,88 | 4,13 (288) | < 0,001*** | 0,49 (0,47; 1,33) |
| Item 2 | 2,28 | 1,67 | 2,05 | 1,61 | 1,21 (288) | 0,229 | 0,14 (-0,15; 0,61) |
| Item 3 | 2,17 | 1,50 | 1,65 | 1,22 | 3,30 (288) | 0,001** | 0,39 (0,21; 0,84) |
| Item 4 | 3,32 | 1,95 | 4,28 | 2,02 | -4,11 (288) | < 0,001*** | -0,48 (-1,42;-0,50) |
| Item 5 | 1,48 | 1,01 | 1,29 | 0,86 | 1,67 (288) | 0,097 | 0,20 (-0,03; 0,40) |
| Item 6 | 1,46 | 1,08 | 1,33 | 0,89 | 1,17 (288) | 0,245 | 0,14 (-0,09; 0,36) |
| Item 7 | 3,29 | 1,94 | 2,28 | 1,82 | 4,59 (288) | < 0,001*** | 0,54 (0,58; 1,45) |
| Item 8 | 5,61 | 1,78 | 4,29 | 2,22 | 5,59 (288) | < 0,001*** | 0,67 (0,86; 1,79) |
| Item 9 | 6,40 | 1,27 | 6,42 | 1,35 | -0,15 (288) | 0,881 | -0,02(-0,33; 0,28) |
| Item 10 | 2,57 | 1,90 | 1,87 | 1,53 | 3,48 (288) | 0,001** | 0,41 (0,31; 1,10) |
| Item 11 | 2,74 | 1,93 | 1,84 | 1,42 | 4,52 (288) | < 0,001*** | 0,53 (0,51; 1,29) |
| Item 12 | 2,41 | 1,89 | 1,90 | 1,36 | 2,67 (288) | 0,008** | 0,31 (0,14; 0,89) |
| Item 13 | 2,43 | 1,71 | 1,69 | 1,28 | 4,19 (288) | < 0,001*** | 0,49 (0,39; 1,09) |
| Item 14 | 2,92 | 1,97 | 2,29 | 1,61 | 2,99 (288) | 0,003** | 0,35 (0,22; 1,05) |
| Item 15 | 2,27 | 1,60 | 2,15 | 1,71 | 0,60 (288) | 0,552 | 0,07 (-0,27; 0,50) |
| Item 16 | 3,27 | 1,68 | 2,83 | 1,64 | 2,27 (288) | 0,024* | 0,27 (0,06; 0,83) |
| Item 17 | 3,81 | 1,74 | 3,41 | 1,57 | 2,07 (288) | 0,039* | 0,24 (0,02; 0,79) |
| P. Total | 52,12 | 12,68 | 44,33 | 12,49 | 5,27(288) | < 0,001*** | 0,62 (4,88; 10,70) |

DE: Desviación Estándar; gl: grados de libertad; *Estadísticamente significativo ($p < 0,05$); ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En la *Escala de Creencias sobre Ajuste Infantil en Familias Homoparentales* (ECAIFH), también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre personas creyentes ($M= 1,15$; $DT= 1,72$) y no creyentes ($M= 0,44$; $DT= 1,05$), siendo la media mayor en los creyentes ($t = 4,266$; $p<0,05$). Lo mismo ocurrió en el cuestionario CAIG, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre creyentes ($M= 5,87$; $DT= 0,85$) y no creyentes ($M= 6,23$; $DT= 0,83$), siendo la media más elevada en los no creyentes ($t = -4,040$; $p<0,05$).

Al examinar la variable *creencias políticas*, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de las personas conservadoras ($M= 3,31$; $DT= 0,92$) y las de progresistas ($M= 2,68$; $DT= 0,72$) y de centro ($M= 2,90$; $DT= 0,72$) para la escala de homofobia total ($F= 11,735$; $p<0,05$).

Lo mismo ocurrió en la subescala de homofobia manifiesta, donde las personas conservadoras ($M= 3,44$; $DT= 0,76$) mostraron diferencias estadísticamente significativas con las personas progresistas ($M= 2,89$; $DT= 0,66$) y de centro ($M= 3,08$; $DT= 0,74$), siendo sus medias mayores ($F= 10,009$; $p<0,05$). En el caso de la subescala de homofobia sutil, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de conservadores ($M= 3,12$; $DT= 1,38$) y progresistas ($M= 2,38$; $DT= 0,94$), siendo mayores las de los conservadores ($F= 9,093$; $p<0,05$). Las personas de centro ($M= 2,66$; $DT= 0,94$) no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre sus puntuaciones medias y las del resto de participantes para esta subescala.

Como se observa en la tabla 10, al analizar las puntuaciones medias en los ítems de la escala de homofobia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en los ítems: 1 (“muchos grupos de homosexuales presionan para conseguir cada vez más derechos, pero los políticos se olvidan de los problemas que tenemos los heterosexuales, por ejemplo, cuando decidimos tener un hijo”), 3 (“Muchos homosexuales tienen una posición social y económica bastante destacada, pero la han conseguido, precisamente, gracias a su condición y al apoyo que reciben de otros homosexuales”), 4 (“No creo que los/las homosexuales necesiten medidas o leyes especiales que les favorezcan”) y 11 (“Del mismo modo que los inmigrantes asumen las costumbres del país al que llegan, creo que los/las homosexuales podrían hacer lo mismo y ser más moderados”).

También hubo diferencias estadísticamente significativas entre progresistas y conservadores en los ítems 7 (“Si en el futuro tengo una hija, no me importaría que ésta fuera lesbiana y tuviera relaciones íntimas con otra mujer”), 9 (“El día que trabaje, no me importaría que un homosexual, con los títulos y la experiencia adecuada, fuera mi jefe”) y 10 (“Si se diera el caso, no me importaría que un/a homosexual tuviera relaciones íntimas con alguien de mi familia”); así como entre progresistas y el resto de los participantes en los ítems 8 (“Llegado el momento, y en unas determinadas condiciones, yo podría sentir el deseo de tener una relación sexual con alguien de mi propio sexo”) y 13 (“Si los/las homosexuales se esforzaran realmente en integrarse, no necesitarían hacer tantas movilizaciones ni esconderse”); y entre conservadores y el resto de la población en el ítem 12 (“Las ideas que los/las homosexuales pueden inculcar a un niño/a son diferentes a las que le transmitiría un heterosexual”).

Tabla 10: Diferencias en la Escala de Homofobia según creencias políticas (Quiles, et al, 2003)

| Items | Progresistas | | De centro | | Conservadores | | F(gl) | p-valor |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|------------------|---------------------|
| | Media | DT | Media | DT | Media | DT | | |
| Item 1 | 2,61 | 1,68 | 3,73 | 1,87 | 4,59 | 1,90 | 24,79(2) | <0,001*** |
| Item 2 | 2,22 | 1,61 | 1,99 | 1,60 | 2,33 | 1,85 | 0,82 (2) | 0,444 |
| Item 3 | 1,63 | 1,16 | 2,19 | 1,58 | 2,14 | 1,58 | 8,13 (2) | <0,001*** |
| Item 4 | 4,51 | 1,94 | 3,08 | 1,82 | 2,62 | 1,79 | 25,88(2) | <0,001*** |
| Item 5 | 1,30 | 0,92 | 1,44 | 0,95 | 1,59 | 0,97 | 1,75(2) | 0,176 |
| Item 6 | 1,30 | 0,89 | 1,52 | 1,18 | 1,49 | 0,89 | 1,61(2) | 0,202 |
| Item 7 | 2,56 | 1,89 | 2,82 | 1,92 | 3,59 | 2,07 | 4,570(2) | 0,011* |
| Item 8 | 4,49 | 2,21 | 5,27 | 1,85 | 5,97 | 1,84 | 9,91(2) | <0,001*** |
| Item 9 | 6,21 | 1,46 | 6,57 | 1,23 | 6,85 | 0,49 | 4,77(2) | 0,009** |
| Item 10 | 2,06 | 1,60 | 2,20 | 1,75 | 2,92 | 2,19 | 3,91(2) | 0,021* |
| Item 11 | 1,83 | 1,38 | 2,53 | 1,73 | 3,62 | 2,29 | 20,09(2) | <0,001*** |
| Item 12 | 1,84 | 1,40 | 2,19 | 1,54 | 3,36 | 2,27 | 14,49(2) | <0,001*** |
| Item 13 | 1,64 | 1,26 | 2,35 | 1,60 | 3,03 | 1,89 | 16,66(2) | <0,001*** |
| Item 14 | 2,52 | 1,69 | 2,60 | 1,94 | 2,90 | 2,02 | 0,68(2) | 0,507 |
| Item 15 | 2,19 | 1,77 | 2,08 | 1,37 | 2,59 | 1,79 | 1,34(2) | 0,265 |
| Item 16 | 3,09 | 1,70 | 3,05 | 1,66 | 2,85 | 1,62 | 0,34(2) | 0,710 |
| Item 17 | 3,53 | 1,62 | 3,79 | 1,63 | 3,51 | 1,95 | 0,81(2) | 0,446 |
| P. Total | 45,52 | 12,16 | 49,40 | 12,18 | 56,21 | 15,69 | 11,735(2) | <0,001*** |

DE: Desviación Estándar; gl: grados de libertad; *Estadísticamente significativo ($p < 0,05$); ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En la escala ECAIFH, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de los conservadores ($M= 2,31$; $DT= 2,15$) y los grupos de progresistas ($M= 0,48$; $DT= 1,09$) y de centro ($M= 0,69$; $DT= 1,26$), siendo la media mayor en los conservadores ($F= 29,716$; $p<0,05$). Algo similar ocurrió en el cuestionario CAIG, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre conservadores ($M= 5,50$; $DT= 0,92$) y los grupos de progresistas ($M= 6,20$; $DT= 0,80$) y de centro ($M= 5,99$; $DT= 0,85$), siendo la media mayor en los progresistas ($F=11,108$; $p<0,05$).

En relación a la variable *orientación sexual*, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de las personas heterosexuales ($M= 2,92$; $DT= 0,74$) y no heterosexuales ($M= 2,57$; $DT= 0,81$) para la escala de homofobia, siendo la media mayor en los heterosexuales ($t=3,378$; $p<0,05$). Lo mismo ocurrió en la subescala de homofobia manifiesta, donde también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas heterosexuales ($M= 3,13$; $DT= 0,67$) y no heterosexuales ($M= 2,69$; $DT= 0,79$), siendo la media mayor en los heterosexuales ($t=4,613$; $p<0,05$). Por el contrario, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de las personas heterosexuales ($M= 2,62$; $DT= 1,06$) y no heterosexuales ($M= 2,40$; $DT= 0,96$) para la subescala de homofobia sutil ($t=1,580$; $p=0,115$).

Como se muestra en la tabla 11, al analizar las puntuaciones medias de las personas heterosexuales y no heterosexuales en los ítems de la escala de homofobia, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ellos en los ítems: 1 (“muchos grupos de homosexuales presionan para conseguir cada vez más derechos, pero los políticos se olvidan de los problemas que tenemos los heterosexuales, por ejemplo, cuando decidimos tener un hijo”), 3 (“Muchos homosexuales tienen una posición social y económica bastante destacada, pero la han conseguido, precisamente, gracias a su condición y al apoyo que reciben de otros homosexuales”), 4 (“No creo que los/las homosexuales necesiten medidas o leyes especiales que les favorezcan”), 7 (“Si en el futuro tengo una hija, no me importaría que ésta fuera lesbiana y tuviera relaciones íntimas con otra mujer”), 8 (“Llegado el momento, y en unas determinadas condiciones, yo podría sentir el deseo de tener una relación sexual con alguien de mi propio sexo”), 9 (“El día que trabaje, no me importaría que un homosexual, con los títulos y la experiencia adecuada, fuera mi jefe”) y 13 (“Si los/las homosexuales se esforzaran realmente en integrarse, no necesitarían hacer tantas movilizaciones ni esconderse”), destacando especialmente los ítems 1, 4 y 8, pues estas diferencias se dieron con un nivel de significación inferior a 0,001.

Tabla 11: Diferencias en la Escala de Homofobia según orientación sexual (Quiles, et. al, 2003)

| Ítems | Heterosexuales | | No heterosexuales | | t(gl) | p-valor | D de Cohen (IC) |
|-----------------|----------------|--------------|-------------------|--------------|------------------|----------------|--------------------------|
| | Media | DE | Media | DE | | | |
| Item 1 | 3,47 | 1,95 | 2,47 | 1,59 | 3,89(288) | < 0,001*** | 0,53 (0,49; 1,50) |
| Item 2 | 2,10 | 1,61 | 2,34 | 1,73 | -1,06(288) | 0,290 | -0,15 (-0,68; 0,21) |
| Item 3 | 2,00 | 1,43 | 1,61 | 1,21 | 2,04(288) | 0,042* | 0,28 (0,01; 0,76) |
| Item 4 | 3,51 | 1,97 | 4,73 | 1,98 | -4,48(288) | < 0,001*** | -0,62(-1,75;-0,68) |
| Item 5 | 1,39 | 0,90 | 1,37 | 1,07 | 0,12(288) | 0,908 | 0,016(-0,24; 0,27) |
| Item 6 | 1,38 | 0,93 | 1,44 | 1,15 | -0,484(288) | 0,629 | -0,07 (-0,33; 0,20) |
| Item 7 | 2,98 | 1,97 | 2,16 | 1,73 | 3,12(288) | 0,002** | 0,43 (0,30; 1,34) |
| Item 8 | 5,66 | 1,64 | 2,67 | 1,83 | 12,88(288) | < 0,001*** | 1,77 (2,53; 3,44) |
| Item 9 | 6,51 | 1,20 | 6,10 | 1,59 | 2,29(288) | 0,023* | 0,31(0,06; 0,76) |
| Item 10 | 2,30 | 1,80 | 1,97 | 1,60 | 1,35(288) | 0,179 | 0,19 (-0,15; 0,80) |
| Item 11 | 2,40 | 1,81 | 1,94 | 1,50 | 1,90(288) | 0,059 | 0,26 (-0,02; 0,92) |
| Item 12 | 2,22 | 1,72 | 1,93 | 1,42 | 1,30(288) | 0,196 | 0,18 (-0,15; 0,74) |
| Item 13 | 2,17 | 1,62 | 1,67 | 1,22 | 2,38(288) | 0,018* | 0,33 (0,09; 0,92) |
| Item 14 | 2,56 | 1,86 | 2,70 | 1,70 | -0,55(288) | 0,585 | -0,08 (-0,63; 0,36) |
| Item 15 | 2,16 | 1,60 | 2,36 | 1,82 | -0,87(288) | 0,385 | -0,11 (-0,65; 0,25) |
| Item 16 | 3,13 | 1,65 | 2,79 | 1,74 | 1,51(288) | 0,132 | 0,21 (-0,10; 0,80) |
| Item 17 | 3,68 | 1,68 | 3,37 | 1,62 | 1,36(288) | 0,175 | 0,19 (-0,14; 0,76) |
| P. Total | 49,62 | 12,64 | 43,63 | 13,78 | 3,38(288) | 0,001** | 0,46 (2,50; 9,48) |

DE: Desviación Estándar; gl: grados de libertad; *Estadísticamente significativo ($p < 0,05$); ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En el caso de la escala ECAIFH, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de las personas heterosexuales ($M = 0,91$; $DT = 1,54$) y no heterosexuales ($M = 0,43$; $DT = 1,11$), siendo la media mayor en los heterosexuales ($t = 2,415$; $p < 0,05$). Por el contrario, en el cuestionario CAIG, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de personas heterosexuales ($M = 5,99$; $DT = 0,84$) y no heterosexuales ($M = 6,18$; $DT = 0,93$), ($t = -1,572$; $p = 0,117$).

Finalmente, se observaron tres correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de los cuestionarios:

- Entre la escala de Homofobia (EHMS) y el cuestionario de Creencias sobre el Ajuste Infantil en Familias Homoparentales (ECAIFH v.1.2), que resultó ser positiva ($r = 0,55$; $p < 0,01$).
- Entre la escala de Homofobia (EHMS) y el cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Género (CAIG), que resultó ser inversa o negativa ($r = -0,71$; $p < 0,01$).
- Entre el cuestionario de Creencias sobre el Ajuste Infantil en Familias Homoparentales (ECAIFH v.1.2) y el cuestionario de Actitudes hacia la Igualdad de Género (CAIG), que resultó ser inversa o negativa ($r = -0,51$; $p < 0,01$).

Conclusiones. El objetivo de esta investigación ha sido analizar las actitudes de una población de profesionales sanitarios (Medicina, Enfermería y Psicología) en España hacia la diversidad sexual, centrándonos en aspectos como la evaluación del prejuicio sexual y las actitudes hacia la igualdad de género.

Para ello, se formularon una serie de preguntas. La primera de ellas hacía referencia a si el conjunto de profesionales sanitarios manifestaría prejuicio sexual en sus respuestas. Los resultados muestran que no, pues la media muestral obtenida para la *Escala de Homofobia Manifiesta y Sutil* (en la que 1 punto representa baja homofobia y 7 puntos alta homofobia) indica, en general, bajos niveles de prejuicio hacia las personas homosexuales entre la población sanitaria.

Al examinar las subescalas de homofobia manifiesta y homofobia sutil, las medias de la población sanitaria fueron bajas en ambos casos. No obstante, resulta interesante observar cómo la media muestral obtenida para la subescala de homofobia manifiesta es superior a la media obtenida en la subescala de homofobia sutil, algo que no ocurrió en la investigación de Quiles et al. (2003) con población universitaria. A pesar de esta diferencia con el estudio de Quiles et al. (2003), es probable que si algún participante mostrara actitudes desfavorables en relación a la homosexualidad en algún momento, lo hiciera mediante el prejuicio sutil, tal y como apuntan Quiles et al. (2003) y Frías et al. (2006), ya que este tipo de rechazo es menos explícito y genera menos condena social.

En relación al resto de cuestionarios, el conjunto de profesionales sanitarios manifestó creencias de ajuste infantil en familias homoparentales y actitudes favorables hacia la igualdad de género, por lo que en general y asumiendo que se trata de un estudio de aproximación, podríamos apuntar que los profesionales sanitarios tienden a mantener actitudes abiertas y favorables hacia la diversidad sexual y la igualdad de género.

Otra de las preguntas que se formulaban al inicio del estudio, hacía referencia a si las actitudes de los profesionales sanitarios en relación a la diversidad sexual se verían influidas por características personales como el sexo, la edad, la profesión, la especialidad profesional, la propia orientación sexual o las creencias políticas y religiosas. Los resultados demuestran que sí en todas las variables exploradas, a excepción de la *especialidad*, pues el hecho de poseer o no una especialidad médica o en enfermería no ha influido significativamente en las respuestas de los participantes.

En relación a la influencia del sexo del participante, los resultados expresan cómo los hombres tienden a mostrar niveles más elevados de prejuicio hacia las personas homosexuales en comparación con las mujeres. Estos resultados se repiten en el caso del prejuicio manifiesto, aunque no en el caso del prejuicio sutil, donde las diferencias entre la medias mayores de hombres y algo menores de mujeres no resultan estadísticamente significativas. Los hombres también tienden a mostrar actitudes menos favorables hacia la homoparentalidad y hacia la igualdad de género que las mujeres.

Estos hallazgos van en la línea de las investigaciones de Allen y Smith (2011), Mc.Dermott, Schwartz, Lindkey y Proietti (2014) y Stefurak, Taylor y Mehta (2010), quienes relacionan las diferencias de prejuicio sexual entre hombres y mujeres con los roles y estereotipos de género. Tal y como afirman Allen y Smith (2011), la construcción social de la *masculinidad* está basada en roles y estereotipos de género que generan expectativas culturales sobre cómo debe ser y cómo debe actuar el hombre para considerarse masculino. O'Neil (2008) afirma que tradicionalmente los ideales de masculinidad han estado ligados a la fuerza, la lucha por el poder y el estatus, la restricción emocional, la negación del afecto hacia otros hombres y la restricción de los roles considerados social y tradicionalmente femeninos. Por ello, según estos autor, no resulta extraño que generalmente los hombres tiendan a mostrar un mayor nivel de prejuicio sexual que las mujeres, ya que si manifestaran actitudes abiertamente favorables hacia la homosexualidad, estarían mostrando un comportamiento incongruente con la idea de *masculinidad* construida en la cultura occidental, lo que en última instancia, podría hacer que algunos hombres se juzgaran a sí mismos como poco masculinos o fueran juzgados por otros como tal.

Respecto a la influencia de la edad, los resultados indican cómo los profesionales sanitarios que se encuentran entre los 50-67 años tienden a mostrar niveles más elevados de prejuicio hacia las personas homosexuales en comparación con aquellos cuyo rango de edad oscila entre los 21-30 años. Estos resultados se repiten en el caso del prejuicio manifiesto, aunque no en el caso del prejuicio sutil, donde las diferencias entre los grupos siguen la misma tendencia, pero no se consideran estadísticamente significativas. Igualmente los adultos mayores mostraron actitudes menos favorables hacia la homoparentalidad y hacia la igualdad de género que los adultos jóvenes. Este hallazgo es similar al que encontraron Acuña-Ruiz y Oyuela (2006), pues estos investigadores reflejaron que los adultos jóvenes tendían a mostrar menos prejuicios hacia la diversidad sexual que los adultos mayores. Herek (2015) también secunda esta tendencia, pero añade que las generaciones de adultos y adultos mayores han ido incrementado su aceptación de la libertad sexual durante la última década.

En relación a la profesión sanitaria, los resultados muestran cómo no existen grandes diferencias en torno al prejuicio hacia la diversidad sexual entre médicos/as, enfermeros/as y psicólogos/as atendiendo a la escala de homofobia total y a la subescala de homofobia sutil, pues las puntuaciones medias que obtuvieron los tres grupos fueron generalmente bajas y relativamente similares. Además, médicos/as, enfermero/as y psicólogos/as se mostraron favorables hacia la igualdad de género de manera similar.

A pesar de ello, sí se ha observado una cierta tendencia en el grupo de psicólogos/as a obtener puntuaciones inferiores en prejuicio sexual atendiendo a otros cuestionarios como la subescala de homofobia manifiesta, donde se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con los enfermeros/as, o a la escala ECAIFH donde se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con los médicos/as.

Quizá podríamos relacionar este resultado con el tipo de profesión y las competencias características que se desarrollan durante su ejercicio. Sería posible que los psicólogos/as tuvieran una mayor sensibilidad social, es decir, que dedicaran más tiempo y recursos al análisis de sí mismos y a la empatía o comprensión de los otros, lo que les permitiría ser más conscientes de sus propios prejuicios y en consecuencia puntuar más bajo.

Autores como Christensen (2005) han relacionado el prejuicio sexual en enfermería y medicina con la asociación errónea de la homosexualidad y la infección por VIH, la cual genera estigma para las mujeres lesbianas, los hombres gais y las personas bisexuales, provocando miedo a infectarse en algunos profesionales a la hora de trabajar con este colectivo. Sin embargo, hoy en día nos parece poco probable que si existieran actitudes desfavorables hacia la homosexualidad en algunos profesionales sanitarios, éstas fueran resultado del miedo a infectarse por VIH, dado el desarrollo técnico y en protocolos de seguridad que se ha producido en la última década.

Respecto a la influencia de las creencias religiosas, los resultados expresan cómo los creyentes tienden a mostrar mayores niveles de prejuicio sexual manifiesto y sutil que aquellas personas que no lo son. Igualmente los creyentes tienden a percibir más desajuste infantil en familias homoparentales y son menos favorables a la igualdad de género que los no creyentes. Este hallazgo va en la línea de los estudios de Mc.Dermott, et al. (2014) y Stefurak, et al. (2010), quienes asocian el prejuicio sexual a la religiosidad en general y especialmente al fundamentalismo religioso. Hunsberger y Jackson (2005) realizan una revisión de las investigaciones que recogen los factores predictores del prejuicio en las diferentes doctrinas religiosas y afirman que también se sigue esta tendencia.

El fundamentalismo religioso parece relacionarse no sólo con la homofobia (McCleary, Quillivan, Foster y Williams, 2011; Whitley y Bernard, 2009), sino también con el racismo (Hall, Matz, y Madera, 2010; McCleary et al, 2011) y con el sexismo (Hill, Terrell, Cohen y Nagoshi, 2010). La consistencia de estas relaciones ha llevado a los investigadores a relacionar a las personas creyentes fundamentalistas con una tendencia general de inflexibilidad cognitiva que impulsa reacciones negativas hacia los grupos percibidos como una amenaza para la ideología religiosa tradicional (Brandt y Reyna, 2010; Hill et al, 2010).

En relación a las creencias políticas, los resultados expresan cómo las personas conservadoras tienden a mostrar niveles más elevados de prejuicio sexual manifiesto y sutil en comparación con las personas progresistas y de centro. De la misma forma, los/as conservadores/as tienden a manifestar actitudes menos favorables hacia la homoparentalidad y la igualdad de género que los/as progresistas y las personas de centro. Stefurak, et al. (2010) apuntan en esta línea y afirman que se trata de un grado político amplio cuyas formas autoritarias poseen valores y principios que se relacionan consistentemente con creencias heterosexistas sobre la dualidad de los géneros, la interiorización de roles y estereotipos de género tradicionales y la supremacía de la heterosexualidad frente a otras formas de diversidad sexual.

Para Hunsberger (1995), Altemeyer (1996) y Krauss (2006), al igual que para Stefurak, et al. (2010), el autoritarismo de derechas está estrechamente relacionado con el fundamentalismo religioso. Krauss (2006) encontró que las personas creyentes fundamentalistas y las personas autoritarias de derechas, tendían a compartir determinados rasgos de personalidad en un estudio realizado con población estadounidense, alemana y rumana. Para Stefurak, et al. (2010) sería la existencia de creencias autoritarias lo que permitiría predecir el prejuicio sexual en las personas creyentes, ya que las aproximaría hacia el fundamentalismo religioso.

Respecto a la influencia de la orientación sexual, los resultados muestran cómo las personas no heterosexuales tienden a mostrar menor nivel de prejuicio sexual que las personas heterosexuales, atendiendo a la escala de homofobia y a la subescala de homofobia manifiesta. Igualmente, las personas no heterosexuales también se mostraron más favorables hacia la homoparentalidad. En cuanto a las actitudes hacia la igualdad de género, no hubo diferencias entre los dos grupos.

La tercera pregunta a la que se pretendía dar respuesta consistía en la confirmación o el rechazo de una posible relación entre el prejuicio sexual y las creencias sobre desajuste infantil en familias homoparentales. Finalmente los resultados han mostrado una correlación moderada y positiva entre los dos cuestionarios que evaluaban estas variables, lo que nos indica que, efectivamente, aquellas personas que tienden a manifestar prejuicio sexual también tienden a mostrar actitudes desfavorables hacia la crianza homoparental. Por el contrario, aquellas que no manifiestan prejuicios sexuales, tenderán a mostrarse más favorables hacia la crianza homoparental.

Por último, se pretendía explorar si existía relación entre el prejuicio sexual y las actitudes sexistas. Los resultados muestran que sí, pues se ha obtenido una correlación consistente e inversa entre la escala de homofobia y el cuestionario de actitudes hacia la igualdad de género, lo que indica que aquellas personas que tienden a manifestar prejuicio sexual, no mostrarán actitudes favorables hacia la igualdad de género. Por el contrario, aquellas personas que no presentan prejuicios sexuales, tenderán a ser más igualitarias en cuanto al género.

Respecto a las limitaciones del estudio, encontramos algunas relacionadas con el tamaño muestral. Por un lado, entendemos que el tamaño de la población (n=290) es todavía insuficiente y sería interesante ampliar el número de participantes para posibilitar la comprobación de otras hipótesis que en esta investigación no ha sido posible contemplar sin una población mayor.

Por otro lado, la desigualdad de tamaños muestrales entre determinados grupos (hombres y mujeres; personas heterosexuales y personas no heterosexuales; progresistas, de centro y conservadores) habría de ser corregida en futuros estudios para mejorar la contrastación estadística de hipótesis.

Con este fin y ante la posibilidad de que la autorización para acceder a los hospitales de colaboración previstos sea denegada, sería recomendable para futuros estudios ampliar la zona geográfica de búsqueda de hospitales y centros sanitarios participantes. Igualmente, con el objetivo de aumentar la población participante en futuros estudios y ante la posibilidad de que un colegio profesional decida no colaborar tras formalizar la solicitud, sería recomendable contactar con los colegios profesionales de varias provincias.

En definitiva, tras una revisión de la literatura acerca de las actitudes hacia la diversidad sexual que se han mantenido en Occidente, se pone de manifiesto cómo la libertad sexual y la igualdad de género a menudo han estado sujetas a prejuicios y comportamientos negativos en distintos momentos de la historia. En la última década, investigadores como Frías et al. (2006), Quiles, et al. (2003) o Herek (2015) han mostrado cómo los prejuicios sexuales, raciales y de género siguen manifestándose, a menudo de una forma más moderna, sutil y menos evidente. Gracias a la investigación pionera de Sabin et al. (2015) la posible discriminación hacia las personas homosexuales en el ámbito sanitario se exploró por primera vez en EEUU, advirtiendo sobre cómo las experiencias y las expectativas de recibir prejuicio sexual dentro del sistema de atención a la salud, podrían derivar en riesgos médicos para las personas homosexuales.

En España, nuestro estudio de aproximación ha reflejado que los profesionales sanitarios (Medicina, Enfermería y Psicología) tienden a mantener actitudes abiertas y favorables hacia la diversidad sexual y la igualdad de género. Estas actitudes, pese a ser favorables a la diversidad sexual en todos los grupos, lo fueron en mayor o menor medida en función del sexo, la edad, la profesión, las creencias religiosas, las creencias políticas y la orientación sexual, por lo que estas variables podrían resultar útiles a la hora de predecir el prejuicio sexual, tal y como se ha sugerido en estudios anteriores. También las creencias acerca de la homoparentalidad y las actitudes hacia la igualdad de género resultarían buenos predictores de las actitudes hacia la diversidad sexual. Estas conclusiones podrían ser de utilidad para nuevos estudios de mayor tamaño muestral con un reparto más equitativo de los grupos (mujeres y hombres, personas heterosexuales y personas no heterosexuales, etc.) los cuales consideramos necesarios para explorar con mayor precisión si en España o Europa aparecen resultados similares a los que sugieren Sabin et al. (2015). Si este fuera el caso, coincidiríamos con Strong et al. (2015) en la conveniencia de diseñar programas de prevención contra el prejuicio sexual en la formación de los profesionales sanitarios.

Referencias.

- Abelove, H. (2000). Freud, la homosexualidad masculina y los americanos. En Giordano, R. y Graham, G. (Eds.), *Grafas de Eros. Historia, género e identidades sexuales*, (173-197). Buenos Aires: EDELP.
- Acuña-Ruiz, A. y Oyuela, R. (2006). Diferencias en los prejuicios frente a la homosexualidad masculina en tres rangos de edad en una muestra de hombres y mujeres heterosexuales. *Psicología desde el Caribe*, 18, 58-88.
- Albertini, M. (2008). Gulags. En L-G. Tin, *The Dictionary of Homophobia: a global history of gay & lesbian experience*, (219-221). Vancouver: Arsenal Pulp Press.
- Allen, J. y Smith, J. (2011). The Influence of Sexuality Stereotypes on Men's Experience of Gender-Role Incongruence. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(1), 77-96.
- Altemeyer, B. (1996). *The authoritarian specter*. Cambridge, MA: Harvard University.
- American Psychological Association. (1998). Resolution on the appropriate therapeutic responses to sexual orientation. In *Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the legislative year 1997*. *American Psychologist*, 53, 882-935.
- American Psychological Association. (2016). *Orientación sexual e identidad de género*. Recuperado el día 4 de Enero de 2016, en <http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>
- Baker, L. y McNulty, J. (2011). Self-Compassion and Relationship Maintenance: The Moderating Roles of Conscientiousness and Gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 853-873.
- Balsam, K. y Mohr, J. (2007). Adaptation to Sexual Orientation Stigma: A Comparison of Bisexual and Lesbian/Gay Adults. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 306-319.
- Bastian, T. (2000). *Homosexuelle im Dritten Reich. Geschichte einer Verfolgung*, München: Beck.
- Benito, R. (2006). La homosexualidad en la Edad Media. *Revista Medieval*, 12, 36-40 Barcelona: Tosion.
- Bergero, T., Asiain, S., Gorneman, I., Giraldo, F., Lara, J. et al. (2005). Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28 (101), 211-226.
- Bernstein, M. y Wulff, S. (2014). Community Policing, Workplace Structure and Attitudes Toward Lesbians and Gay Men and their Civil Liberties. *International Journal of Criminology and Sociology*, 3, 284-299.
- Berzonsky, M. (2008). Identity formation: The role of identity processing style and cognitive processes. *Elsevier*, 44, 645-655.
- Biaggio, M. (2014). Do Some APA-Accredited Programs Undermine Training to Serve Clients of Diverse Sexual Orientations? *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(2), 93-95.

- Blake, W. (2011). Si las puertas de la percepción se abrieran, todo se manifestaría como es: infinito. En R. Durante, *Diversidad sexual: Conceptos para trabajar y pensar en salud*, (2-8). Dirección de Sida y ETS: Ministerio de Salud de la Nación, 1, 1-25
- Boehringer, S. y Brisson, L. (2008). GREECE, Ancient. En L-G. Tin, *The Dictionary of Homophobia: a global history of gay & lesbian experience*, (218-219). Vancouver: Arsenal Pulp Press.
- Brandt, M. y Reyna, C. (2010). The role of prejudice and the need for closure in religious fundamentalism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 715–725.
- Brotons, P. (1997). Elementos para una educación no sexista. Guía didáctica de la coeducación. Valencia: Víctor Orenge Editores.
- Brumbaugh, S., Sanchez, L., Nock, S. y Wright, J. (2008). Attitudes Toward Gay Marriage in States Undergoing Marriage Law Transformation. *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 345-359.
- Bogaert, A. (2015). Asexuality: What it is and why it matters. *Journal of Sex Research*, 52, 362–379.
- Burch, A. (2008). Health Care Providers' Knowledge, Attitudes, and Self-efficacy for Working With Patients With Spinal Cord Injury Who Have Diverse Sexual Orientations. *Research Report*, 88(2), 191-198.
- Burke, B. (2001). The well-being of gay, lesbian and bisexual physicians. *Western Journal of Medicine*, 174(January), 59-62.
- Callis, A. (2014). Bisexual, pansexual, queer: Non-binary identities and the sexual borderlands. *Sexualities*, 17(1/2) 63-80.
- Christensen, M. (2005). Homophobia in Nursing: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 40(2), 61-71.
- Clegg, J. (2012). Teaching About Mental Health and Illness Through the History of the DSM. *History of Psychology*, 15(4), 364-370.
- Clow, K., Ricciardelli, R. y Bartfay, W. (2014). Attitudes and Stereotypes of Male and Female Nurses: The Influence of Social Roles and Ambivalent Sexism. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46(3), 446-455.
- Crompton, L. (2006). *Homosexuality & Civilization*. Cambridge: Belknap Press.
- Cox, S., Mezulis, A. y Hyde, J. S. (2010). The Influence of Child Gender Role and Maternal Feedback to Child Stress on the Emergence of the Gender Difference in Depressive Rumination in Adolescence. *Developmental Psychology*, 46(4), 842-852.
- Cuddy, A., Wolf, E., Glick, P., Crotty, S. y Norton, M. (2015). Men as Cultural Ideals: Cultural Values Moderate Gender Stereotype Content. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(4), 622-635.
- Davis, M. (2004). Correlates of Negative Attitudes Toward Gay Men: Sexism, Male Role Norms, and Male Sexuality. *Journal of Sex Research*, 41(3), 259-266.

- Davis, T. (2014). Psychology Education Can Foster Exploration and Knowledge of Religion, Spirituality, Sexual Orientation, and Gender Diversity, *1*(2), 106-108.
- Dill, K. y Thill, K. (2007). Video game characters and the socialization of gender roles: Young people's perceptions mirror sexist media depictions. *Sex Roles*, *57*, 851-864.
- Durso, L. y Meyer, I. (2013). Patterns and predictors of disclosure of sexual orientation to healthcare providers among lesbians, gay men and bisexuals. *Sex Res Social Policy*: *10*(1) 35-42.
- Dyar, C., Feinstein, B. y London, B. (2014). Dimensions of Sexual Identity and Minority Stress Among Bisexual Women: The Role of Partner Gender. *Journal of Health and Social Behavior*, *1*(4), 441-451.
- Eagly, A., Wood, W. y Johannesen-Schmidt, M. (2004). Social roles theory of sex differences and similarities: Implications for the partner preferences of women and men. En A. Eagly, A. Beall y R. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (269-295). New York: Guilford Press.
- Eaves, L. y Hatemi, P. (2008). Transmission of Attitudes Toward Abortion and Gay Rights: Effects of Genes, Social Learning and Mate Selection. *Behavior Genetics*, *38*(3), 247-256.
- Escabí, M. y Toro, A. (2006). Cuando los cuerpos engañan: un acercamiento crítico a la categoría de la intersexualidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6*, 753-772.
- Floyd, F., Stein, T., Harter, K., Allison, A. y Nye, C. (1999). Gay, Lesbian, and Bisexual Youths: Separation-Individuation, Parental Attitudes, Identity Consolidation, and Well-Being. *Journal of Youth and Adolescence*, *28*(6), 719-739.
- Frías, D., Pascual, J., Monterde, H. y Montejano, S. (2006). Creencias sobre la parentalidad de parejas del mismo sexo: causas de la homosexualidad. *Interpsiquis: V Congreso Virtual de Psiquiatría*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2015 en <http://www.felgtb.org/rs/1418/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/d8e/fd/1/filename/frias-creencias-sobre-la-parentalidad-de-parejas-del-mismo-sexo.pdf>
- Fong, K., Mullin, J. y Mar, R. (2015). How Exposure to Literary Genres Relates to Attitudes Toward Gender Roles and Sexual Behavior. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, *9*(3), 274-285.
- Fonseca, C., Quintero, M. (2009). La Teoría Queer: La de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica*, *24*(69) 43-60.
- Galupo, M. y Bauerband, L. (2016). Sexual Orientation Reflection and Rumination Scale: Development and Psychometric Evaluation. *Stigma and Health*, *1*(1), 44-58.
- Galupo, M., Henise, S. y Davis, K. (2014). Transgender Microaggressions in the Context of Friendship: Patterns of Experience Across Friends' Sexual Orientation and Gender Identity. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(4), 461-470.

- Galupo, M., Mitchell, R. y Davis, K. (2015). Sexual Minority Self-Identification: Multiple Identities and Complexity. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(4), 355-364.
- García, C. (2007). *Diversidad sexual en la escuela Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia*. (ed.1). Bogotá: Colombia Diversa.
- Gibbon, E. (1977). *The Decline and Fall of the Roman Empire*. (ed. 2). New York: Modern Library.
- Gilley, B. (2006). *Becoming Two-Spirit: Gay Identity and Social Acceptance in Indian Country*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Goldberg, A. y Smith, J. (2016). Predictors of Race, Adoption, and Sexual Orientation Related Socialization of Adoptive Parents of Young Children. *Journal of Family Psychology*, 30(3), 397-408.
- Gonel, A. H. (2013). Pansexual identification in online communities: Employing a collaborative queer method to study pansexuality. *Graduate Journal of Social Science*, 10, 36–59.
- Graef, S., Tokar, D. y Kaut, K. (2010). Relations of Masculinity Ideology, Conformity to Masculine Role Norms, and Masculine Gender Role Conflict to Men's Attitudes Toward and Willingness to Seek Career Counseling. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(4), 319-333.
- Greenberg, G. (1997). Right Answers, Wrong Reasons: Revisiting the Deletion of Homosexuality From the DSM. *Review of General Psychology*, 1(3), 256-270.
- Gregori, N. (2006). Los cuerpos ficticios de la biomedicina. El proceso de construcción del género en los protocolos médicos de asignación de sexo en bebés intersexuales. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1)103-124.
- Haldeman, D. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 221–227.
- Haldeman, D. (1999). The pseudo-science of sexual orientation conversion therapy. *Angles*, 4(1), 1–4. Washington, DC: Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies
- Haldeman, D. (2002). Gay Rights, Patient Rights: The Implications of Sexual Orientation Conversion Therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 260-264.
- Hall, D., Matz, D. y Wood, W. (2010). Why don't we practice what we preach? A meta-analytic review of religious racism. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 126 – 139.
- Heilman, M., Wallen, A., Fuchs, D. y Tamkins, M. (2004). Penalties for success: Reactions to women who succeed at male gender-typed tasks. *Journal of Applied Psychology*, 89, 416-427.
- Herek, G. (2015). Beyond “Homophobia”: Thinking More Clearly About Stigma, Prejudice, and Sexual Orientation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(5), 29-37.

- Hettinger, V. y Vandello, J. (2014). Balance Without Equality: Just World Beliefs, the Gay Affluence Myth, and Support for Gay Rights. *Social Justice Research*, 27(4), 444-463.
- Hill, E., Terrell, H., Cohen, A. y Nagoshi, C. (2010). The role of social cognition in the religious fundamentalism–prejudice relationship. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 49, 724–739
- Holland, J. (2006). *Misogyny: The World's Oldest Prejudice*. New York: Avalon Publishing Group.
- Hunsberger, B. (1995). Religion and prejudice: The role of religious fundamentalism, quest and right wing authoritarianism. Special issue: Religious influences on personal and societal well-being. *Journal of Social Issues*, 51, 113–129.
- Hunsberger, B. y Jackson, L. (2005). Religion, meaning, and prejudice. *Journal of Social Issues*, 61, 807–826.
- Hyamson, M. (1913). *Mosaicarum et romanarum legum collatio*. New York: Buffalo News.
- Jones, K. y Heesacker, M. (2012). Addressing the Situation: Some Evidence for the Significance of Microcontexts With the Gender Role Conflict Construct. *Psychology of Men & Masculinity*, 13(3), 294-307.
- Jost, J. y Kay, A. (2005). Exposure to Benevolent Sexism and Complementary Gender Stereotypes: Consequences for Specific and Diffuse Forms of System Justification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 498-509.
- Judge, T. y Livingston, B. (2008). Is the Gap More Than Gender? A Longitudinal Analysis of Gender, Gender Role Orientation, and Earnings. *Journal of Applied Psychology*, 93(5), 994-1012.
- Kacmar, K., Bachrach, D., Harris, K. y Zivnuska, S. (2011). Fostering Good Citizenship Through Ethical Leadership: Exploring the Moderating Role of Gender and Organizational Politics. *Journal of Applied Psychology*, 96(3), 633-642.
- Kamen, H. (2004). *La Inquisición Española: Una revisión histórica*. Barcelona: RBA.
- Kassel, P. y Martino-Harms, J. (2014). Professional Competencies and Training Related to LGB Populations: Reactions to Hancock's (2014) Paper. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(2), 109-111.
- Kim, J., y Ward, L. (2012). Striving for pleasure without fear: Short-term effects of reading a women's magazine on women's sexual attitudes. *Psychology of Women Quarterly*, 36, 326–336.
- Kistler, M. y Lee, M. (2009). Does exposure to sexual hip-hop music videos influence the sexual attitudes of college students? *Mass Communication & Society*, 13, 67– 86.
- Kivisto, K., Welsh, D., Darling, N. y Culpepper, C. (2015). Family Enmeshment, Adolescent Emotional Dysregulation, and the Moderating Role of Gender. *Journal of Family Psychology*, 29(4), 604-613.

- Koch, A., Mello, S. y Sackett, P. (2015). A Meta-Analysis of Gender Stereotypes and Bias in Experimental Simulations of Employment Decision Making. *Journal of Applied Psychology*, 100(1), 128-161.
- Krauss, S. W., Streib, H., Keller, B., & Silver, C.(2006). The distinction between authoritarianism and fundamentalism in three cultures: Factor analysis and personality correlates. *Archive for the Psychology of Religion*, 28, 341–348.
- LaMar, L. y Kite, M. (1998). Sex Differences in Attitudes Toward Gay Men and Lesbians: A Multidimensional Perspective. *Journal of Sex Research*, 35(2), 189-196.
- Lamas, M. (2016). El género es cultura. Recuperado el 22 de Marzo de 2016 en http://www.oei.es/euroamericano/ponencias_derechos_genero.php
- Lemus, S., Spears, R., Bukowski, M., Moya, M. y Lupiáñez, J. (2013). Reversing Implicit Gender Stereotype Activation as a Function of Exposure to Traditional Gender Roles. *Social Psychology*, 44(2), 109-116.
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41(1), 3-13.
- Lilling, A. y Friedman, R. (1995). Bias Toward Gay Patients by Psychoanalytic Clinicians: An empirical Investigation. *Archives of Sexual Behavior*, 24(5), 563-570.
- Lobaugh, E., Clements, P., Averill, J. y Olguin, D. (2006). Gay-Male Couples Who Adopt: Challenging Historical and Contemporary Social Trends Toward Becoming a Family. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(3), 184-195.
- Lucies, C. y Yick, A. (2007). Images of Gay Men's Experiences with Antigay Abuse: Object Relations Theory Reconceptualized. *Journal of Theory Construction & Testing*, 11(2), 55-62.
- Martino, S., Collins, R., Elliott, M., Strachman, A., Kanouse, D. y Berry, S. (2006). Exposure to degrading versus non-degrading music lyrics and sexual behavior among youth. *Pediatrics*, 118, 430–441.
- Matharu, K., Kravitz, R., McMahon, G., Wilson, M. y Fitzgerald, F. (2012). Medical students' attitudes toward gay men. *BMC Medical Education*, 12(1), 71-79.
- Matthews, C., Selvidge, M. y Fisher, K. (2005). Addictions Counselors' Attitudes and Behaviors Toward Gay, Lesbian, and Bisexual Clients. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 57-65.
- McCleary, D., Quillivan, C, Foster, L, y Williams, R.. (2011). Meta-analysis of correlational relationships between perspectives of truth in religion and major psychological constructs. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3, 163-180.
- McKuster, M. y Galupo, M. (2011). The Impact of Men Seeking Help for Depression on Perceptions of Masculine and Feminine Characteristics. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(3), 275-284.
- McDermott, R., Schwartz, J., Lindley, L. y Proietti, J. (2014). Exploring Men's Homophobia: Associations With Religious Fundamentalism and Gender Role Conflict Domains. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(2), 191-200.

- Meyer, I. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health & Social Behavior*, 36, 38-56.
- Miller, D., Eagly, A. y Linn, M. (2015). Women's Representation in Science Predicts National Gender-Science Stereotypes: Evidence From 66 Nations. *Journal of Educational Psychology*, 107(3), 631-644.
- Modesto, O. (2010). Book Review: Pardie, L. y Luchetta, T. (Eds.) (1999). The Construction of Attitudes Toward Lesbians and Gay Men. New York: Routledge. *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review*, 6(1), 61-63.
- Mohipp, C. y Morry, M. (2004). The Relationship of Symbolic Beliefs and Prior Contact to Heterosexuals' Attitudes toward Gay Men and Lesbian Women. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 36(1), 36-44.
- Morgan, K. y Nerison, R. (1993). Homosexuality and psychopolitics: An historical overview. *Psychotherapy*, 30(1), 133-140.
- Nanda, S. (1994). Hijras: an Alternative Sex and Gender Role in India. En G. Herdt, *Third Sex, Third Gender*, (383-390). Nueva York: Zone Books.
- Nash, M. y Marre, D. (Coord.) (2003). *El desafío de la diferencia: Representaciones culturales e identidades de género, raza y clase*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Nicolosi, J. (1991). Reparative therapy of male homosexuality. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Norton, M., Cuddy, A., Glick, P., Crotty, S. y Chong, J. (2015). Men as cultural ideals: Cultural values moderate gender stereotype content. *Journal of personality and social psychology*, 109 (4), 622-635.
- O'Brien, L., Blodorn, A., Adams, G., Garcia, D. y Hammer, E. (2015). Ethnic Variation in Gender-STEM Stereotypes and STEM Participation: An Intersectional Approach. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 21(2), 169-180.
- O'Neil, J. M. (2008). Summarizing 25 years of research on men's gender role conflict using the Gender Role Conflict Scale. *The Counseling Psychologist*, 36, 358-445.
- Ott-holland, C., Huang, J., Ryan, A., Elizondo, F. y Wadlington, P. (2013). Culture and Vocational Interests: The Moderating Role of Collectivism and Gender Egalitarianism. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 569-581.
- Pangas, J. (1988). Aspectos de la sexualidad en la Antigua Mesopotamia. *Aula Orientalis*, 6, 211-226. Recuperado el 16 de Enero de 2016 en http://www.aulaorientalis.org/AuOr%20escaneado/AuOr%206-1988/Volumen%20VI/N_2/5.pdf
- Pardun, C., L'Engle, K. y Brown, J. (2005). Linking exposure to outcomes: Early adolescents' consumption of sexual content in six media. *Mass Communication & Society*, 8, 75-91.
- Parker, A. y Bhugra, D. (2000). Attitudes of British medical students towards male homosexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(2), 141-149.

- Peixoto, J. (Coord.). (2013). Género, Diversidad Sexual y Educación. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 2(2), 1-169.
- Pichardo, J. (2011). Diversidad familiar, homoparentalidad y educación. *Cuadernos de Pedagogía*, 414, 41-44.
- Przybylo, E. (2013). Producing facts: Empirical asexuality and the scientific study of sex. *Feminism & Psychology*, 23, 224-242.
- Quiles, M., Betancor, V., Rodríguez Torres, R., Rodríguez Pérez, A. y Coello, E. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*, 15 (2), 197-204.
- Rhoads, S. y Rhoads, C. (2012). Gender roles and infant/toddler care: Male and female professors on the tenure track. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 6(1), 13-31.
- Riskind, R., Tomello, S., Younger, B. y Patterson, C. (2014). Sexual identity, partner gender and sexual health among adolescent girls in the United States. *American Journal of Public Health*: 104 (10) 1957-1963.
- Rodríguez, M., Torío, S. y Fernández, C. (2006). El impacto del género en las elecciones académicas de los estudiantes asturianos que finalizan la ESO. *REOP*, 17, 239-260.
- Ross, M., Daneback, K. y Mansson, S. (2012). Fluid versus fixed: A new perspective on bisexuality as a fluid sexual orientation beyond gender. *Journal of Bisexuality*, 12, 449-460.
- Rudman, L. y Phelan, J. (2010). The Effect of Priming Gender Roles on Women's Implicit Gender Beliefs and Career Aspirations. *Social Psychology*, 41(3), 192-202.
- Rummell, C. y Levant, R. (2014). Masculine Gender Role Discrepancy Strain and Self-Esteem. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(4), 419-426.
- Ryan, F. (1994). The Lex Scantinia and the prosecution of censors and aediles. *Classical Philology*, 89 (2), 159-162.
- Sabin, J., Riskind, R. y Nosek, B. (2015). Health Care Providers' Implicit and Explicit Attitudes Toward Lesbian Women and Gay Men. *American Journal of Public Health*, 105(9), 1831-1841.
- Sánchez, F., Westefeld, J. S., Liu, W. y Vilain, E. (2010). Masculine Gender Role Conflict and Negative Feelings About Being Gay. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(2), 104-111.
- Savin-Williams, R. (2008). Then and Now: Recruitment, Definition, Diversity, and Positive Attributes of Same-Sex Populations. *Developmental Psychology*, 44(1), 135-138.
- Savin-Williams, R. y Ream, G. (2003). Sex Variations in the Disclosure to Parents of Same-Sex Attractions. *Journal of Family Psychology*, 17(3), 429-438.
- Skidmore, W., Linsenmeier, J. y Bailey, J. (2006). Gender Nonconformity and Psychological Distress in Lesbians and Gay Men. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 685-697.

- Sola, A., Martínez, I., Meliá, J. (2003). El cuestionario de actitudes hacia la igualdad de género (CAIG): elaboración y estudio psicométrico. *Anuario de Psicología*, 34 (1), 101-123.
- Spengler, E. y Ægisdóttir, S. (2015). Psychological Help-Seeking Attitudes and Intentions of Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals: The Role of Sexual Minority Identity and Perceived Counselor Sexual Prejudice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2 (4), 482-491.
- Stein, T. (1996). A critique of approaches to changing sexual orientation. In R. Cabaj y T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (525–537). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stefurak, T., Taylor, C. y Mehta, S. (2010). Gender-Specific Models of Homosexual Prejudice: Religiosity, Authoritarianism, and Gender Roles. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(4), 247-261.
- Stoller, R. (1964). Sex and gender. En W. Blake. *Si las puertas de la percepción se abrieran, todo se manifestaría como es: infinito*, (2-8). En R. Duranti, *Diversidad sexual: Conceptos para trabajar y pensar en salud*. Dirección de Sida y ETS: Ministerio de Salud de la Nación, 1, 1-25.
- Strong, K. y Folse, V. (2015). Assessing Undergraduate Nursing Students' Knowledge, Attitudes, and Cultural Competence in Caring for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. *The Journal of Nursing Education*, 54(1), 45-49.
- Szymanski, D. y Ikizler, A. (2013). Internalized Heterosexism as a Mediator in the Relationship Between Gender Role Conflict, Heterosexist Discrimination, and Depression Among Sexual Minority Men. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(2), 211-219.
- Tate, C., Youssef, C. y Bettergarcia, J. (2014). Integrating the Study of Transgender Spectrum and Cisgender Experiences of Self-Categorization From a Personality Perspective. *Review of General Psychology*, 18(4), 302-312.
- Tate, F. y Longo, D. (2004). Homophobia: A challenge for psychosocial nursing. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42(8), 26.
- Taylor, L. D. (2005). Effects of visual and verbal sexual television content and perceived realism on attitudes and beliefs. *Journal of Sex Research*, 42, 130–137.
- ter Bogt, T., Engels, R., Bogers, S. y Kloosterman, M. (2010). “Shake it baby, shake it”: Media preferences, sexual attitudes and gender stereotypes among adolescents. *Sex Roles*, 63, 844–859.
- Tomasetto, C., Alparone, F. y Cadinu, M. (2011). Girls' Math Performance Under Stereotype Threat: The Moderating Role of Mothers' Gender Stereotypes. *Developmental Psychology*, 47(4), 943-949.
- Trau, R. y Härtel, C. (2007). Contextual Factors Affecting Quality of Work Life and Career Attitudes of Gay Men. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 19(3), 207-219.

- Vincent, W., Parrott, D. y Peterson, J. (2011). Effects of Traditional Gender Role Norms and Religious Fundamentalism on Self-identified Heterosexual Men's Attitudes, Anger, and Aggression Toward Gay Men and Lesbians. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(4), 383-400.
- Walch, S., Bovornusvakool, W. y Walker, S. V. (2016). Discrimination, Internalized Homophobia, and Concealment in Sexual Minority Physical and Mental Health. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(1), 37-48.
- Ward, L. (2003). Understanding the role of entertainment media in the sexual socialization of American youth: A review of empirical research. *Developmental Review*, 23, 347-388.
- Ward, L. y Friedman, K. (2006). Using TV as a guide: Associations between television viewing and adolescents' sexual attitudes and behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 133-156
- Weber-Gilmore, G., Roase, S. y Rubinstein, R. (2011). The Impact of Internalized Homophobia on Outness for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *The Professional Counselor*, 1(3), 163-175.
- Wellman, J. y McCoy, S. (2014). Walking the Straight and Narrow: Examining the Role of Traditional Gender Norms in Sexual Prejudice. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(2), 181-190.
- Wester, S., Vogel, D., Neil, J. y Danforth, L. (2012). Development and Evaluation of the Gender Role Conflict Scale Short Form (GRCS-SF). *Psychology of Men & Masculinity*, 13(2), 199-210.
- Wikholm, A. (1999). 1896: *Ellis publishes sexual inversion*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2015 en <http://www.gayhistory.com/rev2/factfiles/ff1896b.htm>
- Windle, C. R., & Smith, D. A. (2009). Withdrawal moderates the association between husband gender role conflict and wife marital adjustment. *Psychology of Men & Masculinity*, 10, 245-260.
- Wright, A. y Stern, S. (2016). The Role of Spirituality in Sexual Minority Identity. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(1), 71-79.
- Yedidia, M., Berry, C. y Barr, J. (1996). Changes in physicians' attitudes toward AIDS during residency Training: A Longitudinal Study of Medical School Graduates. *Journal of Health and Social Behavior*, 37(June), 179-191.
- Zhan, Y. y Wang, M. (2015). Retirees' Motivational Orientations and Bridge Employment: Testing the Moderating Role of Gender. *Journal of Applied Psychology*, 100(5), 1319-1331.
- Zhang, Y., Miller, L. E., & Harrison, K. (2008). The relationship between exposure to sexual music videos and young adults' sexual attitudes. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 52, 368-386

ANEXOS: CUESTIONARIOS

| | | |
|---|--------------|--|
| Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> | Edad: | Nacionalidad: |
| Profesión sanitaria: Médico/a <input type="checkbox"/> Enfermero/a <input type="checkbox"/> Psicólogo/a <input type="checkbox"/> | | Especialidad: (si usted la tiene) |
| Creencias religiosas (cualquier religión): Creyente practicante <input type="checkbox"/> Creyente no practicante <input type="checkbox"/> Ateo o agnóstico <input type="checkbox"/> | | Orientación sexual (sitúese marcando 1 casilla): <input type="checkbox"/> Me siento atraído solo hacia el otro sexo. <input type="checkbox"/> Me siento atraído casi siempre hacia el otro sexo y en muy contadas ocasiones hacia mí mismo sexo. <input type="checkbox"/> Me siento atraído algo más hacia el otro sexo que hacia mí mismo sexo. <input type="checkbox"/> Me siento igualmente atraído hacia los dos sexos. <input type="checkbox"/> Me siento atraído algo más hacia mí mismo sexo que hacia el otro sexo. <input type="checkbox"/> Me siento atraído casi siempre hacia mí mismo sexo y en muy contadas ocasiones hacia el otro sexo. <input type="checkbox"/> Me siento atraído solo hacia mí mismo sexo. |
| Creencias políticas (sitúese marcando 1 punto): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Izquierda Derecha | | |

Cuestionario ECAIFH v1.2 de Frías (2005): Señale con una X la opción Verdadera o Falsa, en función de si está de acuerdo o no con las siguientes frases:

| | | |
|--|---|---|
| 1. Si un niño es adoptado por una pareja de homosexuales seguramente tendrá problemas psicológicos en el futuro. | V | F |
| 2. El desarrollo social de un niño es mejor cuando es educado por un padre y una madre y no por una pareja de homosexuales. | V | F |
| 3. Si queremos defender los intereses del niño, sólo las parejas de heterosexuales deberían poder adoptar. | V | F |
| 4. En general, los niños criados con padres homosexuales tendrán más problemas que los que son criados por un padre y una madre. | V | F |
| 5. Si un niño es adoptado por un homosexual lo más probable es que en el futuro se sienta acomplexado al compararse con sus compañeros que tienen padre y madre. | V | F |
| 6. Si los niños son criados por homosexuales tendrán más problemas de confusión con su propia identidad sexual que si son criados por un padre y una madre. | V | F |

Escala EHMS de Quiles et al. (2003): Señale si está acuerdo o no con las siguientes frases marcando la alternativa elegida con una X:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Totalmente en desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Ni acuerdo ni desacuerdo | Algo de acuerdo | Bastante acuerdo | Totalmente de acuerdo | | | | | |
| 1. | Hay muchos grupos de homosexuales que presionan para conseguir cada vez más derechos, pero los políticos se olvidan de los problemas que tenemos los heterosexuales, por ejemplo, cuando decidimos tener un hijo. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Los/las homosexuales, en el fondo, son igual que los heterosexuales. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Muchos homosexuales tienen una posición social y económica bastante destacada, pero la han conseguido, precisamente, gracias a su condición y al apoyo que reciben de otros homosexuales. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | No creo que los/las homosexuales necesiten medidas o leyes especiales que les favorezcan. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Homosexuales y heterosexuales nunca se sentirán cómodos unos al lado de los otros, aunque sean realmente amigos. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Por su propia condición, los/las homosexuales nunca conseguirán el mismo nivel de desarrollo personal que los heterosexuales. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Si en el futuro tengo una hija, no me importaría que ésta fuera lesbiana y tuviera relaciones íntimas con otra mujer. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Llegado el momento, y en unas determinadas condiciones, yo podría sentir el deseo de tener una relación sexual con alguien de mi propio sexo. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | El día que trabaje, no me importaría que un homosexual, con los títulos y la experiencia adecuada, fuera mi jefe. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Si se diera el caso, no me importaría que un/a homosexual tuviera relaciones íntimas con alguien de mi familia. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Del mismo modo que los inmigrantes asumen las costumbres del país al que llegan, creo que los/las homosexuales podrían hacer lo mismo y ser más moderados. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Las ideas que los/las homosexuales pueden inculcar a un niño/a son diferentes a las que le transmitiría un heterosexual. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Si los/las homosexuales se esforzaran realmente en integrarse, no necesitarían hacer tantas movilizaciones ni esconderse. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | No creo que haya muchas diferencias en las creencias y las ideas de homosexuales y de heterosexuales. | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 15. | Creo que los valores religiosos y éticos de los/las homosexuales son diferentes a los de los heterosexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | A menudo siento simpatía por los/las homosexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. | A menudo experimento admiración por los/las homosexuales que conozco. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Cuestionario CAIG de Sola, Benlloch y Meliá (2003): Señale, al igual que en el cuestionario anterior, si está de acuerdo o no con las siguientes frases, marcando la alternativa elegida con una X.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--------------------------|------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| | Totalmente en desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Ni acuerdo ni desacuerdo | Algo de acuerdo | Bastante acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| 1. Las mujeres lesbianas deberían ser aceptadas con total normalidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. No hay manera de cambiar el hecho de que una mujer que sale sola de noche, siempre tendrá más probabilidades que un hombre de encontrarse con problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. La idea de que Cristo hubiera podido ser una mujer debería ser perfectamente aceptable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Por su propia naturaleza, las mujeres siempre se preocuparán más por el ámbito de lo privado y por las personas que tienen cerca que por los asuntos políticos o ciudadanos y las abstractas cuestiones morales de justicia o injusticia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Pese a que pueda parecer duro, ni ahora ni nunca debe permitirse que las parejas homosexuales adopten niños, ya que puede resultar perjudicial que ambos padres sean del mismo sexo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Seguramente es natural que sean las mujeres las que se ocupen prioritariamente del hogar y los hijos, porque los niños necesitan de la madre durante los primeros años de vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Los hombres están peor dotados que las mujeres para el cuidado de los niños, los enfermos y los ancianos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Es normal que, ante una operación grave, se prefiera un cirujano varón, ya que, cuando la vida está en juego, es mejor inclinarse por opciones ya probadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. El papel diferente de hombres y mujeres dentro de la Iglesia obedece a razones religiosas y debe ser mantenido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Las mujeres jamás podrán valorar a los hombres dulces, sumisos y hogareños. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Como jueces los hombres siempre serán más imparciales que las mujeres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. En general, si una mujer no está casada ni vive en pareja suele ser porque no ha encontrado a nadie que se enamore de ella. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Aunque no quieran reconocerlo, las mujeres siempre se sentirán más atraídas por los hombres fuertes y viriles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. El modelo femenino que propone la Iglesia, con sus valores de castidad, obediencia, maternidad y sacrificio, es sustancialmente correcto y vale la pena seguirlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Es deseable que en un matrimonio el hombre sea varios años mayor que la mujer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16. | Si en una empresa se ven obligados a despedir a algunos trabajadores, es preferible que los afectados sean mujeres, ya que ellas no suelen tener que mantener a una familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. | Debería permitirse a los chicos y chicas elegir libremente su orientación sexual: heterosexualidad, bisexualidad u homosexualidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. | Es natural que los padres tiendan a conceder más libertad a los hijos varones, ya que las chicas siempre correrán peligros mayores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. | En la pareja, antes o después habrá problemas si la mujer es varios años mayor que el hombre, ya que las mujeres suelen perder antes su atractivo sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. | En las dinastías profesionales familiares, en las que hay varias generaciones de médicos, abogados, empresarios o artesanos, es preferible que sea el varón el que continúe la tradición familiar, ya que, seguramente, tiene más posibilidades de éxito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. | Es más adecuado que el varón tome la iniciativa en las relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. | Con un índice de paro tan elevado sería preferible no insistir tanto en la incorporación de las mujeres al mundo laboral, para así evitar el riesgo de que en algunas familias entren dos sueldos y en otras ninguno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. | Por su propia naturaleza, el varón necesita masturbarse más que la mujer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. | Debería considerarse normal que una persona homosexual (hombre o mujer) fuese presidente de gobierno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. | Es inevitable que el matrimonio implique una pérdida de independencia mayor para las mujeres que para los hombres, ya que de ellas depende el nacimiento y la crianza de los niños. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. | En general, los varones suelen tener impulsos sexuales más fuertes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. | Las mujeres deberían poder ejercer el sacerdocio y ocupar puestos en la jerarquía eclesiástica, incluyendo el papado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. | A la hora de la verdad, las mujeres siempre dedicarán más energía al bienestar de sus hijos y su familia que al trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. | A pesar de todo el respeto que merecen, es natural que no se permita el matrimonio entre homosexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. | El concepto de Dios debería ser tanto masculino como femenino. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |